Medical Periodicals

Medical Periodicals

St. Petersburger

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio, Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals, Riga.

Dr. Rudolf Wanach, St. Petersburg.

XVIII. JAHRGANG

(NEUE FOLGE X. JAHRGANG).

ST. PETERSBURG.

Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Prosp. Nr. 15.

1893.

INHALTS-VERZEICHNISS.

(Die mit * bezeichneten Zahlen beziehen sich auf Original-Arbeiten, die eingeklammerten auf die russische Literatur-Beilage).

Sach-Register.

A.

D.

E.

F.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

Z.

Namen-Register.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio.
Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals.
Riga.

Dr. Rudolf Wanach.
St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 1 St. Petersburg, 2. (14.) Januar **1893**

Abonnements-Aufforderung.

Die St. Petersburger

Medicinische Wochenschrift

wird auch im Jahre 1893 unter der jetzigen Redaction und nach dem bisherigen Programm erscheinen. Sie bleibt ihrer Aufgabe getreu, ein Organ für praktische Aerzte zu sein und letztere durch **Originalarbeiten** sowohl als durch **Referate** und **Besprechungen** neu erschienener Werke mit den Ergebnissen zeitgenössischer medicinischer Forschung bekannt zu erhalten. — Wie bisher werden die **wissenschaftlichen Verhandlungen der Dorpater med. Facultät** in der Wochenschrift erscheinen und wird dieselbe als Organ nachstehender Vereine und Gesellschaften fortfahren mit der Veröffentlichung der **Protokolle des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte**, des **St. Petersburger Vereins deutscher Aerzte**, der **Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga**, der **medicinischen Gesellschaft zu Dorpat** und der **Gesellschaft livländischer Aerzte**. — Besondere Aufmerksamkeit wird die Wochenschrift auch fernerhin der **russischen medicinischen Literatur** widmen und in gleicher Weise, wie im vorigen Jahre, auch weiterhin durch fortlaufende Referate über **alle wichtigeren in russ. medicin. Journalen erscheinenden Arbeiten**, sowie über die Verhandlungen **russischer medicinischer Gesellschaften**, den mit der russischen Sprache nicht vertrauten Fachgenossen die Einsicht in diese stetig an Bedeutung gewinnende Literatur ermöglichen. — Der **Abonnementspreis** ist incl. Zustellung in **Russland 8 Rbl.** für das **Jahr, 4 Rbl.** für ein halbes Jahr; **in den anderen Ländern 20** Mark für das Jahr, **10** Mark für ein halbes Jahr. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die Buchhandlung von C. **Ricker** in St. Petersburg. Nevsky-Prospect Nr. 14, **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen an den **geschäftsführenden** Redacteur **Dr. Rudolf Wanach** (Petersburger Seite, Grosser Prospect Nr. 7, Quart. 6) **zu richten.**

Ein Fall von Glioma retinae.

Von

Dr. L. Blumenthal,

Riga.

Die Literatur über das Glioma retinae ist bekanntlich so reich, dass es gewagt erscheint, mit dem Bericht über ein solches an die Oeffentlichkeit zu treten. Mit Rücksicht jedoch darauf, dass der Fall, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte, in vieler Beziehung so sehr vom gewöhnlichen Verlauf abweicht, wie ich wenigstens in der Literatur keinen dem ähnlichen finden konnte, sei es mir gestattet, denselben der Oeffentlichkeit zu übergeben.

N. Parais, ein Knabe von 2½ Jahren aus Riga, wurde zu mir am 28. August des Jahres 1889 in die Sprechstunde gebracht. Die Mutter des Kindes giebt an, dass sie selbst sowohl, als auch der Vater des Kindes völlig gesund seien. Auch ihre übrigen 4 Kinder erfreuen sich der besten Gesundheit. Dieses Kind das sie eben mitbrachte, sei gleichfalls bis vor etwa 3 Monaten völlig gesund gewesen. Vor etwa 3 Monaten hätte es Keuchhusten bekommen, der noch jetzt in ziemlich bedeutendem Grade fortdauere und das früher sehr kräftig aussehende Kind stark reducirt habe. Vor etwa 10 Wochen sei es ihr ferner aufgefallen, dass das Kind das linke Auge eigenthümlich zusammenkneife und kurz darauf hätte sie einen eigenthümlich grün-gelben Schimmer im «Schwarzen» (Pupille) des Auges bemerkt. — Sie meint, dass diese ganze Krankheit durch einen Fall auf die linke Stirnseite entstanden sei, den der Knabe, kurz bevor sie das Geschilderte bemerkt habe, erlitten hätte. — Sie giebt ferner an, dass sie zwei Augenärzte hierselbst bereits consultirt hat. Dieselben sagten ihr, dass es noch nicht möglich sei den Charakter der Krankheit zu bestimmen, und man noch einige Zeit abwarten müsse. Unterdess sei das Auge allmählich schlechter und das «Schwarze» des Auges völlig weiss geworden. Auch habe der Knabe in letzter Zeit stark über Schmerzen im linken Auge geklagt, sei Nachts sehr unruhig, fiebere oft und zeige wenig Esslust.

Status praesens.

Das Kind ist für sein Alter sehr gut entwickelt. Die Untersuchung der Lungen ergiebt keine Dämpfung, wohl aber zahlreiche pfeifende und schnurrende Geräusche, das Kind hustet oft. Sonst lässt sich an den übrigen Organen mit Ausnahme des linken Auges, nichts Krankhaftes finden. Weder die praeauriculare Lymphdrüse, noch die Drüsen der Halsgegend, noch

Leber oder Milz ergeben irgend etwas Pathologisches. Die Untersuchung des rechten Auges ergiebt dessen völlige Intactheit in jeder Beziehung, weder bei auffallendem, noch bei durchfallendem Lichte lässt sich etwas Abnormes finden. Bei Besichtigung des linken Auges fällt es sofort auf, dass das Kind dieses Auge nur halb geöffnet hält und es nur ganz oder fast ganz bei directer Aufforderung mit Anstrengung öffnet. An den Lidern lässt sich nichts Abnormes finden. Am Augapfel selbst jedoch sieht man rings um die Cornea eine venöse echt kranzförmige tiefe Injection. Die Gefässe, die diesen Kranz (wenn ich nicht irre, von älteren Autoren »Annulus arthriticus« bei Glaucom genannt) bilden, sind ausserordentlich dick und stark, fast sägeförmig geschlängelt. Die Cornea erscheint fast in allen Dimensionen, besonders in horizontaler Ausdehnung, im Vergleich zum rechten Auge bedeutend vergrössert, sonst aber normal, durchsichtig. Auf Berührung der Cornea, z. B. mit einem Pinsel, reagirt der Knabe nur äusserst wenig. Die Pupille ist dermaassen und zwar quer oval erweitert, dass man von der grünlich-schiefergrau verfärbten Iris kaum noch einen Saum von etwa $1^1/_2-2$ mm. nach aussen und gut $2-2^1/_2$ Millimeter nach unten innen wahrnehmen kann. Von Pupillarreaction ist weder für sich noch synergisch auch nur eine Spur wahrzunehmen. Die Pupille wird von einer weisslich grauen Membran eingenommen, die bei einfacher Besichtigung bei Tageslicht keine Structur erkennen lässt. Bei seitlicher Beleuchtung erkennt man nicht viel mehr als bei Tageslicht und selbst bei starker Lupenvergrösserung lässt sich nirgends ein Riss oder eine etwaige Narbe der Linsenkapsel nachweisen. Dieselbe erscheint vielmehr völlig homogen. Bei Bewegung des Auges bleibt die weisse in der Pupille liegende Masse in situ. Mit dem Ophthalmoskop lässt sich kein Licht aus dem Augenhintergrunde erhalten. Die weisse offenbar getrübte Linse ist somit für Licht völlig undurchgängig. Bei Betastung des bulbus, wobei der Knabe keine Schmerzäusserung thut, fühlt sich derselbe steinhart an, besonders im Vergleich zum rechten Augapfel. —

Ob das Kind auf diesem linken Auge noch irgend welche Lichtempfindung hatte, liess sich bei den schwankenden Angaben nicht mit absoluter Sicherheit bestimmen, schien aber doch noch der Fall zu sein.

Aus dieser Schilderung geht sofort hervor, dass die Diagnose, um was es sich hier handelte, eine sehr schwierige war. Zunächst konnte es keinem Zweifel unterliegen, dass eine sehr starke intraoculäre Drucksteigerung vorlag. Es fragte sich nun, welcher Natur diese war. Es könnte zunächst an jene typische Krankheit gedacht werden, die eine Drucksteigerung hervorruft, nämlich um Glaukom und zwar Primär-Glaukom, sind doch Fälle von Glaukom bei Kindern, wenn auch höchst selten, in der Literatur beschrieben, selbst congenitaler Natur. Es lag jedoch viel näher an Secundär-Glaukom zu denken. Was aber sollte die Ursache sein?

Weder für eine Luxation der Linse, noch für eine Verletzung ihrer Kapsel, die bei Kindern zwar selten, aber doch einmal ein Secundär-Glaukom verursachen können, waren irgend welche Anhaltspunkte vorhanden. Wohl sollen Kapselwunden auch wieder vernarben können, jedenfalls aber war in unserem Falle bei der sorgfältigsten Untersuchung mit focaler Beleuchtung und Lupenvergrösserung keine Spur einer solchen Kapselnarbe zu entdecken, abgesehen davon, dass im Falle einer Wiederverklebung der Kapselwunde das Aufhören der Linsenquellung die Entstehung der Drucksteigerung ausschliesst. Atropin oder Cocain noch zu Hilfe zu nehmen, schien erstens bei der bestehenden intraoculären Drucksteigerung gewagt, um nicht einen acuten Anfall hervorzurufen, zweitens aber auch ganz zwecklos, da die Pupille, wie erwähnt, übermässig breit war. Es blieb somit nichts anders übrig, als an einen Tumor, und zwar Angesichts der Jugendlichkeit des Patienten gliomatösen somit malignen Charakters, zu denken. Dieser Tumor könnte entweder durch die von ihm verursachte hohe Drucksteigerung, wie auch sonst ein Secundär-Glaukom, die Linse zur Trübung gebracht haben, oder durch Alteration der Ernährungsgebiete der Linse, der Chorioidea und des Corpus ciliare, oder endlich aber die Linse direct durch Druck oder Usur getrübt haben, indem er bis an die hintere Kapsel heranwuchs resp. in die Linse bereits hineinwucherte. An ein Gumma des Corpus ciliare zu denken, hatte ich keinen Anhaltspunkt, da sich keine Zeichen von hereditärer Lues nachweisen liessen, und auch ein gemachter Versuch mit Jodkali erfolglos blieb. Angesichts nun dieser unbestimmten Diagnose und dessen, dass die Mutter von einer Enucleation überhaupt nichts wissen wollte, ferner da ein Fünkchen Hoffnung auf Erhaltung des Auges nicht gleich auszuschliessen war — schlug ich eine Voroperation vor, ich meinte eine Iridektomie. Dieselbe schien mir aus folgenden Gründen indicirt:

1) Kann eine Iridektomie dem Auge, wenn nicht gerade ein Unglück bei der Operation oder bei der Nachbehandlung passirt, nicht schaden.

2) Kann die Operation zur Herabsetzung des Druckes sehr zuträglich sein.

3) Endlich, und das war wohl der wichtigste Grund, der mich zur Vornahme dieser Operation bestimmte, hoffte ich dadurch eine tiefere Einsicht in den Process zu erlangen.

Vorläufig verordnete ich eine Eserin-Pilocarpinlösung einzuträufeln, wodurch der Druck jedoch nach einigen Tagen nur ganz unwesentlich sank. Im Zustand der Pupille war keine Aenderung eingetreten.

Am 5. September 1889 wurde die Iridektomie nach unten innen ausgeführt, wo die Iris am breitesten war. Da die Bronchitis beim Kinde noch immer andauerte und auch den üblichen Medicationen nicht wich, sah Herr College Mandelbaum so wie auch ich darin eine Contraindication gegen die Narkose, umsomehr als das Kind bei Berührung der Cornea äusserst wenig reagirte, wie ich schon erwähnte. So führte ich die Operation mit Hilfe des Herrn Collegen Mandelbaum unter Cocainanaesthesie aus. Der Lanzenschitt gelang gut. In dem Moment, als ich die Iris mit der Pincette fasste und etwas anzog, bemerkte ich und demonstrirte sofort dem assistirenden Herrn Collegen, dass gerade hinter dieser Partie der Iris, unmittelbar nach hinten und innen — unten vom Linsenrande, der deutlich sich abhob, und wie nach vorne gedrängt schien, eine hellgelbliche rundliche Masse sass. Das Hervorziehen und Abschneiden der Iris ging völlig glatt von Statten, es erfolgte keine Blutung in die vordere Kammer und in ca. 5 Minuten war die Operation vollendet. Das Kind verhielt sich während dieser Zeit auffallend ruhig. Also der Zufall wollte es, dass die Iridektomie gerade die Stelle traf, wo der Tumor sass, resp bis wohin er gedrungen war. Vielleicht war eben hier die Iris breiter, weil der hinter ihr sitzende Tumor sie nach vorne vorbuchtete und sie gewissermassen entfaltete. Beide Augen wurden wie gewöhnlich mit einem Binoculus verbunden und heilte die Wunde völlig normal, so dass am 12. Tage nach der Operation das operirte Auge frei gelassen wurde. Den Eltern des Kindes eröffnete ich sofort nach der Operation, dass es sich zweifellos um eine bösartige Geschwulst handelte und rieth zur Enucleation. Die Eltern wollten jedoch auch jetzt noch von einer Operation nichts wissen namentlich auch, weil das Kind jetzt über weniger Schmerzen klagte als früher. Unterdess hatte ich Gelegenheit das Auge genauer zu beobachten. Mit blossem Auge liess sich hinter dem angelegten Kolobom ein etwa kleinbohnengrosser hell gelblicher Tumor wahrnehmen, der den Linsenrand deutlich vor sich herschob. Die Contouren desselben nach hinten hin von der Linse liessen sich nicht verfolgen. Die seitliche Beleuchtung ergab auch nicht mehr. Mit dem Ophthalmoskop liess sich kein Roth vom Augenhintergrunde bekommen.

Nach 2 Wochen konnte ich deutlich eine Vergrösserung der Geschwulst constatiren. Wiederum vergingen 2 Wochen, wo ich weiter das Auge nicht sah. Da passirte es in einer Nacht, dass das Kind plötzlich zu schreien anfing.

Die Eltern bemerkten, dass sich aus dem Auge Blut entleerte und am anderen Morgen waren die Augenlider stark angeschwollen, das Kind klagte über heftige Schmerzen und war lichtscheu. Ich konnte Folgendes constatiren.

Die Lider des linken Auges stark angeschwollen, bläulich, oedematös, aber doch ist es möglich sie passiv zu öffnen.

Gerade aus der Iridektomie-Wunde ragt durch die Cornea aus der vorderen Kammer ein etwa ½-erbsengrosser, nunmehr röthlicher von zahlreichen dicken Gefässen durchzogener Körper, welcher schon spontan, noch mehr bei Berührung blutet.

Ich konnte nicht daran zweifeln, dass der Tumor die Wunde durchbrochen hatte und nun hervorragte. Die Eltern sträubten sich noch immer gegen eine Enucleation, die ich, da ich den Tumor für ein Glioma retinae hielt, vorschlagen musste; wohl wissend, dass, da der Tumor schon extrabulbär war, von einer Enucleation nichts zu erwarten war und nur noch höchstens eine Exenteratio orbitae in Frage kommen konnte. Erstens aber ist diese eingreifende Operation in der Privatpraxis schwer ausführbar. Zweitens glaubte ich die Enucleation aus folgendem Grunde gerechtfertigt. Dass ein Durchbruch des Glioms durch die vorderen Bulbuswände eine Enucleation contraindicirt, resp. nutzlos macht, ist doch bekanntlich so aufzufassen, dass dieser Durchbruch uns anzeigt, dass der Tumor schon die Papilla optica als locus minoris resistentiae bereits früher durchbrochen und da er nun längs den Sehnervenscheiden fortwuchert, eine Enucleation eine Radicalentfernung der Geschwulst nicht mehr schaffen kann.

In dem von mir beobachteten Falle glaubte ich annehmen zu dürfen, dass die Iridektomie-Wunde in der Corneaskleral-Grenze dieser Locus minor. resist. ist und dass der Tumor somit möglicher Weise den Opticus noch nicht ergriffen hat. So glaubte ich vom gewöhnlichen Schema abweichen zu müssen und die Enucleation auszuführen. Vordem untersuchte ich noch genau alle Praedilectionsstellen für Metastasen des Gliom's, wie Lymphdrüsen, Knochensystem, Leber etc. und mit Hilfe des genannten Herrn Collegen konnte ich nichts Verdächtiges eruiren.

Am 5. November 1889 wurde die Enucleation in der Chloroformnarkose unter Assistenz des Herrn Collegen Carl **Blumenthal** ausgeführt. Die Operation und die Heilung verliefen normal; kein Fieber. Das Kind, welches in den letzten Tagen durch Fieber und Schmerzen stark herunter gekommen war, war am 5. Tage nach der Operation sehr munter, hatte sehr guten Appetit und spielte mit den Geschwistern und wir beabsichtigten bald eine Prothese einzulegen.

Dieser günstige Zustand hielt ca 5 Monate an. Da traten wieder Schmerzen an der linken Orbita auf, die Lider schwollen an, aus der Orbita ragte allmählich ein taubeneigrosser, pilzförmiger, blutender Körper hervor. Zugleich aber war die Praeauriculardrüse stark geschwollen und die Halslymphdrüsen schwollen ganz monströs an. Am Sternum, an der Leber fanden sich deutlich anzufühlende hühnereigrosse Knoten und so ging das Kind unter den bekannten Erscheinungen des Geschwulsttodes im Verlaufe von 7 Monaten nach der Enucleation zu Grunde. Die Section ist nicht gemacht worden.

Das enucleirte Auge ist im pathologisch-anatomischen Institut zu Dorpat untersucht, und die Diagnose «Glio-Sarkom» bestätigt worden.

Referate.

W. Fleiner (Heidelberg): Ueber die Veränderungen des sympathischen und cerebrospinalen Nervensystems bei zwei Fällen von Addison'scher Krankheit. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde II Bd. XVI).

F. hatte Gelegenheit in kurzer Aufeinanderfolge zwei Fälle von Addison'scher Krankheit zu beobachten, welche beide zur Section kamen. Der I. Fall war complicirt mit fungöser Entzündung des Ellbogengelenks und verstarb am Tage nach der Resection an Sepsis, der II. Fall mit einem wahrscheinlich von den retrogastrischen Lymphdrüsen ausgehenden Angiosarcom.

Verf. weist darauf hin, dass durch **Tizzoni**'s Thierexperimente ganz neue Gesichtspunkte für die Beurtheilung des Morbus Addisonii gegeben sind, indem er die im Gehirn, Rückenmark und den peripheren Nerven constatirten Läsionen als von den Nebennieren durch Vermittelung des Sympathicus ausgehend hinstellt. Ausser **Tizzoni** habe auch **Burresi**, **Semmola**, **Abegg**, **Babes** und **Kalindero** über Rückenmarksveränderungen bei Morb. Addis. berichtet.

F. hat den ganzen Organismus einer eingehenden mikroskop. Untersuchung unterzogen. Die pathol. Befunde am sympathischen und cerebrospinalen Nervensystem stimmten trotz grosser klinischer Differenzen in beiden Fällen vollkommen überein; es zeigten sich nur gradnelle Unterschiede.

Durch den Befund am Nervensystem hält Verf. sich für berechtigt: einen Zustand chronischer Entzündung, welcher, von den degenerirten Nebennerven aufsteigend seine höchsten Grade in den Semilunarganglien des Sympathicus und in den Intervertebralganglien darbietet und in geringeren Intensitätsgraden in den Ganglien des Brustsympathicus und in den Cervicalganglien nachweisbar ist, und welcher neben den Veränderungen am Bindegewebe besonders in einer intensiven Atrophie der Ganglienzellen und in einer ausgedehnten Degeneration markhaltiger Nervenfasern im Sympathicus und in den Splanchnicis zum Ausdrucke kommt, als charakteristisch für Addison'sche Krankheit anzusehen. Mit grosser Wahrscheinlichkeit sind Degenerationserscheinungen an den sensiblen Nerven und an den hinteren Wurzeln abhängig von den pathologischen Veränderungen an den Spinalganglien.

Die Pigmentirungen erklärt F. als einen angioneurotischen resp. trophoneurotischen Process. Im II. Falle war die rechte Nebenniere intact, der rechte Sympathicus bot aber genau dieselben Veränderungen, wie der linke. Zur Erklärung dieser Thatsache glaubt Verf. die Annahme der Circulation eines auf das Nervensystem degenerirend wirkenden chemischen Stoffes nicht von der Hand weisen zu dürfen, so dass ein Vergleich des Morbus Addisonii mit der Cachexia strumipriva, dem Myxödem und der Tetanie zulässig erscheint. **Kusick** (Reval).

Prof. **Eulenburg**: Ueber den jetzigen Stand der Epilepsie-Behandlung. (Therap. Monatshefte NNr. 11 u. 12 1892).

Als Vorbedingung bei Behandlung eines Epileptikers ist eine stete und sorgfältige Journalisirung über Zahl, Art und Intensität der Anfälle, Tageszeit, Gelegenheitsursachen, Dauer, interparoxysmale Erscheinungen etc. ganz unerlässlich, denn nur unter strenger Prüfung aller dieser Verhältnisse ist eine rationelle Therapie möglich. Unter den '**medicamentösen Behandlungsmethoden** nimmt nach, wie vor, die Behandlung mit Brompräparaten die hervorragendste Stellung ein. **Voisin** war es, der durch mehrere Publicationen (1866, 1867) entschieden am meisten zur raschen Einbürgerung des Bromkaliums beigetragen hat. Von **Decaisne** wurde dann Bromnatrium, von **Brown-Séquard** Bromammonium als Surrogate des Bromkaliums empfohlen. Die späteren Untersuchungen (Eulenburg, Guttmann, Binz und Schouten) haben nun ergeben, dass die 3 genannten Alkalibromide durchaus nicht als gleichwerthige Mittel zu betrachten sind und dass die Kaliumcomponente des Broms den bedeutendsten Einfluss besitzt. In letzter Zeit wurden als Antiepileptica noch das Bromlithium, Bromcalcium, Bromrubidium und Bromstrontium von verschiedener Seite gelobt, doch haben sich die Salze in der Therapie der Epilepsie nicht eingebürgert. Endlich haben noch organische Bromverbindungen (Bromalhydrat, Bromaethylen, Bromessigsäure, Bromchinin etc.) vorübergehende Empfehlung und Verwendung gefunden, sie wurden aber mit Recht wegen ihrer unsicheren Wirkung bald aufgegeben. So sind denn nun im wesentlichen nur die 3 Alkalibromide übrig geblieben, und man ist vielfach zu einer combinirten Benutzung zweier oder aller drei Bromide übergegangen; hierbei war namentlich der Gedanke maassgebend, die als besonders gefährlich und schädlich erachtete Wirkung der Kaliumcomponente mehr zurücktreten zu lassen.

Namentlich ist **Erlenmeyer** für die Combination aller 3 Alkalibromide (2 Th. Bromkalium, 2 Bromnatrium und 1 Th. Bromammonium) eingetreten und hat eine solche Mischung in kohlensäurereichem Wasser gelöst verabreicht. Doch glaubt

Eulenburg nicht, dass die Kaliumcomponente directen Schaden bringe; jedenfalls hat sich ihm das Erlenmeyer'sche Bromwasser sehr gut bewährt; die Erscheinungen des Bromismus, der cumulativen Wirkung, dyspeptische Zustände, Exantheme können zwar dabei keineswegs mit Sicherheit vermieden werden, doch treten schwere Grade der chronischen Bromintoxication bei zweckentsprechendem Gebrauche des Bromwassers nicht auf.

Für die unbemittelten Volksklassen erweisen sich als ein sehr nützliches und empfehlenswerthes Surrogat die durch Ernst Sandor (Hamburg) eingeführten bromhaltigen Brausesalze d. h. Pulvermischungen, in denen die Bromsalze mit entsprechenden Mengen von Natriumbicarbonat und von Citronensäure zusammen dispensirt werden, so dass bei der Lösung in Wasser eine reichliche Kohlensäureentwicklung stattfindet. Ueberhaupt soll man die Bromide nie ungelöst in Pulver- oder Pillenform nehmen, auch nicht in der concentrirten Lösung mit reinem Wasser, sondern stark verdünnt in kohlensauren Wässern. Für die Tagesdosis muss als leitender Gesichtspunkt gelten: nicht mehr, aber auch nicht weniger als nöthig; durchschnittlich wird sie bei Erwachsenen selten unter 5 g. der Bromidmischung hinabgehen, ebenso selten über 9 bis 10 g. hinaufgehen dürfen. Die Gesammtdosis für den Tag soll nur in wenige Gaben, in der Regel nicht mehr als 2 oder 3 zertheilt werden. Zur Bestimmung, zu welchen Tageszeiten die Brompräparate gegeben werden sollen, ist es durchaus nothwendig zunächst sich Klarheit zu verschaffen, ob die Anfälle nur bei Tage, oder nur bei Nacht, ob sie nur zu gewissen oder ob sie zu ganz verschiedenen Tageszeiten auftreten: nach diesen Angaben wird sich die Vertheilung der Tagesdosen zu richten haben. Jedenfalls sollen die Bromide nach den Mahlzeiten verabreicht werden. Unter allen Umständen sollen die Präparate mindestens zwei, besser drei Jahre nach dem Auftreten der letzten Anfälle fortgebraucht werden. Während dieser ganzen Curdauer sind die Mittel womöglich keinen Tag auszusetzen. Die gewöhnlichen leichten Erscheinungen von «Bromismus», wie Acne, Bronchokatarrhe, leichte Adynamie, gastrische Störungen bedingen keineswegs eine Unterbrechung, nicht einmal eine zeitweilige Herabsetzung der Dosis, nur soll man mit peinlicher Sorgfalt auf hygieinische und roborirende Schutzmaassregeln achten (gute Luft, gute Ernährung, Ausleerungen, Bewegung, Hautpflege, Bäder und hydrotherapeutische Proceduren). Es giebt wohl Fälle, wenn auch dieselben sehr selten sind (wohl kaum 5% aller Epileptiker), wo die Brompräparate entschieden nicht vertragen werden oder gänzlich wirkungslos bleiben. Dann bleibt nichts übrig, als zu anderen Mitteln Zuflucht zu nehmen, die dann gewöhnlich auch einen recht geringen Erfolg aufweisen. Das sind die Zink, Kupfer, Wismuth und Silberpräparate. Arsenik bewährt sich zuweilen wo es gilt einige üble Nebenerscheinungen bei Bromanwendung zu entfernen; auch hat Eulenburg in besonders schweren, mit hochgradiger Anämie und Kräfteverfall einhergehenden Fällen von Epilepsie von der combinirten oder abwechselnden Anwendung des Broms und Arsens recht günstige Wirkung beobachtet. Die vegetabilischen Nervina und Sedativa, wie Belladonnapräparate, Cannabis indica, Lobelia, Digitalis u. s. w. bessern zuweilen den Zustand der Patienten, doch kann man diese Mittel selten länger, als wenige Monate anwenden. Was nun die neuen Präparate anlangt, so wäre zunächst das Amylenhydrat (Wildermuth) zu erwähnen; es sollte besonders indicirt sein bei gehäuften epileptischen Anfällen, bei starkem Bromismus. Gewöhnliche Tagesdosis 2—4 g. in wässriger Lösung oder rein; bei Status epilepticus auch subcutan (0.8 pro dosi). Doch hat Eulenburg keine guten Resultate mit dem Mittel erzielt. Antifebrin wurde von Salm, Antipyrin von Germain Sée und Anderen als Nervinum empfohlen, doch haben sie sich bei Epilepsie nicht bewährt. Von vielen Autoren wurde in neuester Zeit Borax als Antiepilepticum gerühmt, namentlich bei nächtlichen Anfallen sollte Borax sich recht wirksam erweisen: doch auch dieses Mittel fand Verf. unwirksam. Dasselbe ist zu sagen von Nitroglycerin, Osmiumsäure und anderen Mitteln.

Mindestens von gleicher Wichtigkeit, wie die medicamentöse, ist die hygieinisch diätetische Behandlung der Epilepsie. Die Einhaltung einer streng geregelten, gleichmässigen Lebensweise, Verbot aller Excesse, Vermeidung der meisten Genussmittel (Caffee, Thee, starke Gewürze) und aller Spirituosen sind jedem Epileptiker einzuschärfen. Auch das Rauchen ist zu verbieten. Bei Neigung zu nächtlichen Anfällen frühe und leichte Abendmahlzeit, unter Vermeidung von Fleisch und Fetten. Bei grosser Erschöpfung ist oft das Weir Mitchell'sche Verfahren von Nutzen. Auch die Regelung der Ausscheidungen ist durchaus wichtig: Sorge für reichliche Diurese (am besten durch kohlensäurehaltiges Getränk) und tägliche Darmentleerung.

Von sehr günstiger Wirkung ist bei Epileptikern der Aufenthalt in einem Höhenklima. Hydrotherapeutische Proceduren spielen bei der Behandlung der Epilepsie eine höchst hervorragende Rolle. Namentlich bei der Anwendung der Brompräparate wirkt eine vorsichtig geübte Hydrotherapie dem Eintreten schwerer Erscheinungen des Bromismus entgegen. Sehr nützlich sind in der Regel Halbbäder von 24—21° R. von 5—6 Minuten Dauer, wenn möglich mit Uebergiessungen oder kräftigen Reibungen im Bad. In anderen Fällen passen nur kühle Waschungen und leichte Abreibungen. Wo Neigungen zu Kopfcongestionen bestehen, können kalte Umschläge, Eisbeutel, Winternitz'sche Kopfkühlkappe Vortheile darbieten. Fluss- und Seebäder sind zu widerrathen. Indifferente warme Vollbäder (von 26—28° R.) sind zuweilen als «nervenberuhigende Mittel» angezeigt. In manchen Fällen wird man mit der Temperatur dieser Bäder allmählich herabgehen können.

Die Elektrotherapie entbehrt jeder rationellen Begründung, das Gleiche gilt für die moderne Suggestivtherapie. Was die chirurgisch operative Behandlung anlangt, so ist die Beseitigung epileptogen wirkender Krankheitsreize in peripherischen Organen natürlich anzustreben: anders verhält es sich mit den operativen Eingriffen, die gegen die vermeintlichen functionellen Erkrankungsherde (der Grosshirnrinde) gerichtet sind Trotzdem, dass von vielen Seiten die chirurgische Behandlung der idiopathischen Epilepsie vertheidigt wird (in neuster Zeit von Benedikt) spricht sich Eulenburg doch entschieden gegen eine solche aus. Abelmann.

Max von Pettenkofer (Professor): Ueber Cholera, mit Berücksichtigung der jüngsten Choleraepidemie in Hamburg. (München medic. Wochsch. Nr. 46. 1892).

Seitdem Robert Koch in den Ausleerungen Cholerakranker den Kommabacillus entdeckt hat, sind die meisten Aerzte der Anschauung der Koch'schen Schule beigetreten, dass die Cholera eine rein contagiöse, von Mensch zu Mensch übertragbare Krankheit sei, und dass das Krankheitsgift mit den Nahrungsmitteln resp. dem Trinkwasser in den Magen gelange. Auf Grund dieser vorherrschenden Ansicht sind auch die gegen die Ausbreitung der Seuche ergriffenen Maassregeln, wie Militärcordons, Sperr- und Isolirmaassregeln getroffen. Pettenkofer schliesst sich bekanntlich dieser Anschauung nicht an. Zwar weist das regelmässige Vorkommen des Kommabacillus in den Cholerastühlen darauf hin, dass dieser Pilz etwas mit dem Choleraprocesse zu thun hat, aber jedenfalls ist es doch sehr fraglich, ob er der alleinige Urheber der Krankheit sei. Gegen die localistische Auffassung der Cholera spricht schon die Thatsache der Existenz choleraimmuner Orte und choleraimmuner Zeiten. Nach P. gehört zur Infection ausser dem specifischen, durch den menschlichen Verkehr verbreiteten Keim und der individuellen Disposition noch ein drittes Etwas, eine zeitlich örtliche Disposition, die von der Beschaffenheit und Feuchtigkeit des Bodens abhängt. Die von Koch erzeugte Meerschweinchencholera scheint gegenüber der Thatsache, dass die Choleraepidemien nie von Choleraepizootien begleitet werden, von keiner entscheidenden Bedeutung: wenn man ähnliche Versuche an Meerschweinchen mit anderen, nicht pathogenen Pilzen z. B. mit Bacterium coli commune anstellt, so gehen die Thiere ebenso zu Grunde. Von viel grösserer Wichtigkeit wären Infectionsversuche an Menschen, und Pettenkofer entschloss sich zu einem Versuche an sich selber. Von einer frisch bereiteten, nicht ganz 24 Stunden alten Bouilloncultur nahm er bei fast leerem Magen in 100 Ccm. 1%iger kohlensaurer Natron-Lösung 1 Ccm. ein. Der den Bacillen schädliche saure Magensaft war auf diese Weise neutralisirt. 31 Stunden nach der Einnahme der Bacillen wurde der Stuhl breiig, in den nächsten Tagen sogar dünnflüssig, und nach 7 Tagen war die Diarrhoe völlig verschwunden. Die Stuhlgänge enthielten alle reichlich Kommabacillen (Untersuchungen ausgeführt von Pfeiffer und Eisenlohr). Während dieser Zeit bestand häufiges Gurren und Kollern im Leibe, sonst aber fühlte sich P. ziemlich wohl. Den zweiten Fall von experimenteller Infection mit virulenten Kommabacillen führte Emmerich an sich aus, nur waren die Bedingungen insofern etwas verschlechtert, als E. grobe Diätfehler mit Absicht beging. Er nahm ebenfalls in 100 Ccm. 1%iger Natriumcarbonat-Lösung 0,1 Ccm. einer 24 Stunden alten, üppig entwickelten Kommabacillen-Bouilloncultur ein. Auch bei E. war das Resultat ein ähnliches, das Allgemeinbefinden blieb ungestört, der Appetit meist vorzüglich; doch war die Diarrhoe ziemlich stark, so dass er dagegen etwas Opium und Gerbsäure nahm, die Stimme war etwas belegt, im Pharynx Gefühl von Trockenheit, im Magen häufiges Kollern. Die Harnsecretion war nicht vermindert. Jedenfalls waren die Erscheinungen in beiden Fällen derart, dass v. Ziemssen und Bauer eine Choleraerkrankung als durchaus nicht vorliegend annahmen. Diese beiden Versuche sprechen nach Pettenkofer sehr dafür, dass der Kommabacillus durch seine Vegetation im Darme das specifische Gift der asiatischen Cholera nicht erzeugt, eine Ansicht, die auch Bouchard durch Versuche mit Choleraharn an Kaninchen nachgewiesen hat. Dieser Autor hat gefunden, dass Kaninchen, welchen er Darm- oder Nierenausscheidungen von Cholerapatienten beibrachte, der menschlichen Cholera entsprechende Symptome aufweisen (Brech-

durchfall, Cyanose, Krämpfe, Verengerung der Pupille, Sinken der Temperatur), hingegen nicht, wenn er i nen blos Reinculturen von Kommabacillen oder deren Stoffwechselproducte beibrachte. Was Bouchard an Kaninchen gefunden hat, haben nach Pettenkofer er und Emmerich nun auch an Menschen nachgewiesen. P. weist ferner nach, dass die Ausbreitung der Cholera durchaus nicht von der Temperatur abhängt, denn es sind auch starke Winterepidemien beobachtet: vielmehr fällt die Bewegung der Cholera mit dem Wechsel der Bodenfeuchtigkeit zusammen; das Ansteigen der Bodenfeuchtigkeit wirkt der Entwicklung von Choleraepidemien entgegen; das Abfallen derselben, die Zeit der Austrocknung ist ihrer Entwicklung günstig. Aus den Regenverhältnissen erklärt sich nach P. die auffallende Thatsache, dass Hamburg und Berlin noch nie Winterepidemien hatten, während in München solche wohl aufgetreten waren. Spätherbst und Winteranfang in Norddeutschland zeigen stets zunehmende Regenmengen gegenüber München, wo es umgekehrt ist. Aus den Regenverhältnissen erklärt es sich auch, weshalb die örtlichen Choleraepidemien von jeher mit der Annäherung an ein Gebirge oder mit der Lage in einem Gebirge so auffallend abgenommen haben, weil damit auch die Regenmenge zu- und die Austrocknung des Bodens abnimmt. Zum Schlusse seiner höchst interessanten Abhandlung, spricht Pettenkofer die Ueberzeugung aus, dass die Verbreitung des Cholerakeims weder in Indien, noch ausserhalb Indiens durch Isolirungen, Kordone, Quarantänen etc. zu verhüten sei. Man soll danach streben die Orte oder die Menschen zu immunisiren. Dass Menschen zu immunisiren sind, sieht man an den Erfolgen mit der Pockenimpfung; dass auch Orte immunisirt werden können, kann man an England sehen, welches bis zu den vierziger Jahren ebenso wie der Continent von der Seuche zu leiden hatte, von dieser Zeit aber an ist England fast cholerafrei, trotzdem dass grade dieser Staat mit Indien in regem Verkehr steht und am wenigsten Sperrmaassregeln gegen Choleraorte trifft.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Friedrich Albin Hoffmann (Professor): Vorlesungen über allgemeine Therapie mit besonderer Berücksichtigung der inneren Krankheiten. Dritte umgearbeitete Auflage. Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel. 1892.

Die Hoffmann'schen Vorlesungen über allgemeine Therapie haben binnen kurzer Zeit in weiten Kreisen allgemeine Anerkennung gefunden, — dafür legt schon die rasche Folge der Auflagen das beredteste Zeugniss ab; und in der That gehört das Buch zu den wenigen in neuester Zeit erschienenen Werken, welche durch erfrischende Originalität in Wort und Gedanken das Interesse des Lesers von Anfang bis zum Schlusse in steigender Spannung erhalten. In neuester Zeit, wo neue Medicamente und Heilmethoden fast täglich auftauchen und gerühmt, die alten modificirt oder völlig verworfen werden, ist es durchaus nothwendig, feste Principien an der Hand zu haben, die uns strenge Kritik zu üben ermöglichen und vor einer schablonenhaften, kritiklosen Anwendung oft gerühmter Mittel schützen. Solche Principien geben uns, wie der geschätzte Verfasser in seiner Vorrede ausführt, unsere jetzigen biologischen Kenntnisse in die Hand, wir müssen sie nur auszunützen verstehen. In seinen Vorlesungen bemüht sich Hoffmann diese Principien in leicht fasslicher und äusserst klarer Darstellungsweise auseinanderzusetzen. Leider können wir an dieser Stelle auf Einzelheiten nicht weiter eingehen, — die ersten Auflagen des Werkes haben in unserer Wochenschrift eingehende Besprechung erfahren. Diese neue Auflage ist vielfach umgearbeitet worden; überall hat der rührige Verf. die bessernde Hand angelegt und den Werth und die Brauchbarkeit seines Werkes zu erhöhen gesucht. Bei den direkten Behandlungsmethoden bespricht Verf. die neuen Errungenschaften auf dem Gebiete der Bakteriologie und schildert in kurzen Zügen die Immunisirungsmethode; ebendort ist auch das Tuberkulin abgehandelt worden. Auch die Capitel über Beeinflussung der Lungen, Verdauungsorgane und des Nervensystems sind vielfach umgearbeitet und erweitert worden. Möge diese neue Auflage, gleich ihren Vorgängerinnen, in den weitesten Kreisen die wohlverdiente Aufnahme und Anerkennung finden.

Abelmann.

Adolf Baginsky: Lehrbuch der Kinderkrankheiten für Aerzte und Studirende. Vierte vielfach vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin. Verlag von Friedrich Wreden. 1892. Preis 19 Mark.

Das in den weitesten Kreisen bekannte, fast in alle Cultursprachen übersetzte Baginsky'sche Lehrbuch liegt uns in einer neuen Auflage vor. Es bedarf wohl kaum noch einer warmen Empfehlung unsererseits, die Vorzüge dieses Werkes, die auffallend klare und gewandte Darstellungsweise sind in unserer Wochenschrift genügend hervorgehoben worden. Diese neue, vierte Auflage ist gemäss der stetig fortschreitenden Entwicklung der Pädiatrie und den neuen Errungenschaften auf dem Gebiete der diagnostischen Hülfswissenschaften vielfach geändert und verbessert worden. Neu ist der Abschnitt über Influenza welche durch die grosse Pandemie auch für das Kindesalter von grosser Wichtigkeit wurde. In kurzen klaren Zügen schildert Baginsky die verschiedenen Krankheitsbilder, unter denen die epidemische Grippe die Kinder ergreift und mit Recht hebt er hervor, wie wesentlich verschieden der Verlauf der Krankheit sich gestaltet, je nachdem das befallene Kind ursprünglich gesund oder von einer chronischen Krankheit (Scrophulose, Tuberculose, Rachitis) heimgesucht ist. Vielfach erweitert und umgearbeitet ist auch der Abschnitt über die Magen-Darmkrankheiten, — ein Gebiet, auf welchem bekanntlich der hochgeschätzte Verfasser selbst höchst interessante und praktisch wichtige Thatsachen entdeckt hat. Bei der Beschreibung der Diphtheritis finden wir alle neue Studien und Erfahrungen namentlich bezüglich der Aetiologie berücksichtigt; auch die Therapie der Krankheit ist eingehend beschrieben worden. — Druck und Ausstattung sind gut.

Abelmann.

Prof. **Albert Eulenburg**: Encyclopädische Jahrbücher der gesammten Heilkunde. Erster Jahrgang 1891. Zweiter Jahrgang 1892. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg.

Die Encyclopädischen Jahrbücher sollen als Ergänzungsbände zu der allbekannten Eulenburg'schen Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde dienen. Sie bilden also eine Art Jahresbericht, unterscheiden sich aber sehr wesentlich von allen andern Jahresberichten. Vor Allem bilden sie keine Compilation alles neu Erscheinenden, sondern bestehen aus ausgewählten alphabetisch sich folgenden Capiteln, die vollständig und mit gesunder Kritik behandelt sind. Das ist ein Vorzug, lässt aber zugleich gewiss viele Wünsche unbefriedigt. Was geboten ist, ist tadellos, aber Ref. hätte gern einige wichtige Gebiete bearbeitet gesehen, auf denen thatsächlich in den letzten Jahren Fortschritte und wesentliche Verbesserungen zu verzeichnen sind, die aber unerwähnt geblieben sind (z. B. Hernien, Nierenchirurgie u. A.). Doch giebt Ref. zu, dass es unmöglich ist, allen Wünschen gerecht zu werden. Die Anordnung des Stoffes, ebenso wie die ganze äussere Ausstattung entspricht genau der Realencyclopädie. Die Mitarbeiter sind auch dieselben geblieben. Wir sind überzeugt, dass die «Jahrbücher» von allen Besitzern der «Real-Encyclopädie» erworben werden, da diese ohne die gebotene fortlaufende Ergänzung in wenigen Jahren dem Schicksal aller encyclopädischen Werke verfallen würde — sie würde bald veralten. Sich immer neue Auflagen ähnlicher Ausgaben anzuschaffen dürfte kaum Jemand geneigt sein. Der eingeschlagene Modus, diesem Uebelstand abzuhelfen, verdient jedenfalls Anerkennung, da das ganze Werk dadurch einheitlichen Charakter gewinnt. Dass die Ausstattung des Werkes tadellos ist, dafür bürgt der Name der Verlagshandlung.

W.

Klinisches Jahrbuch, unter Mitwirkung der vortragenden Räthe Prof. Skrzeczka und Dr. Schönfeld, herausgegeben von Prof. Guttstadt. Vierter Band. Berlin, Julius Springer. 1892.

Das «klinische Jahrbuch», das nunmehr zum vierten Mal erscheint, dürfte sich wohl schon einen festen Leserkreis erworben haben. Ueber seinen Werth als vorzügliches Quellenwerk haben wir uns schon wiederholt bei Besprechung der früheren Jahrgänge geäussert. Es steht einzig in seiner Art da. Der Inhalt des IV. Bandes ist dem der ersten drei analog. Die erste Abtheilung enthält eine ganze Reihe den medicinischen Universitätsunterricht im Allgemeinen und in Specialfächern behandelnder Aufsätze. Von ausserdeutschen Ländern sind dieses mal Frankreich und Dänemark berücksichtigt. Die zweite Abtheilung enthält Baubeschreibungen, die überall, wo Kliniken, Laboratorien, Operationssäle etc. errichtet werden, eingehend studirt werden sollten. Es folgt die ausführliche Statistik und Bibliographie der preussischen Universitäten. Den Schluss bilden «Verschiedene Mittheilungen» und «Amtliche Bekanntmachungen». Wir wünschen dem auch äusserlich sehr gediegenen Werk weiteste Verbreitung.

W.

Protokoll der I. Sitzung des vierten livländischen Aerztetages.

Wenden den 14. Sept. 1892, 1½ Uhr Nachmittags.

1. Herr Kreisarzt Dr. Gaethgens-Wenden eröffnet im Auftrage der Medicinalverwaltung den Aerztetag und überbringt zugleich der Versammlung den Willkommengruss der Stadt Wenden.

2. Derselbe verliest als Kassirer den Kassenbericht, welcher von der Versammlung gutgeheissen wird.

3. Zum Versammlungsort für den fünften livländischen Aerztetag wird durch Majoritätsbeschluss Dorpat bestimmt und die Festsetzung des Termins dem Vorstande überlassen.

4. Bei der statutenmässigen Wahl werden gewählt:

zum Praeses: Dr. Truhart-Fellin,
zum Kassirer: Dr. Strömberg-Dorpat,
zum Secretären: Dr. Dehio-Riga.

5. Herr Dr. Truhart übernimmt das Praesidium, indem er der Versammlung seinen Dank für das ihm wiederum geschenkte Vertrauen ausspricht und zugleich der Stadt Wenden für den Willkommengruss und die zum zweiten Mal geübte Gastfreundschaft dankt. Dann gedenkt er des Verlustes, welchen die Gesellschaft durch den Tod mehrerer Mitglieder erlitten hat, des Dr. Carl Petersen Stadtarzt zu Wenden, Dr. Fr. Schultz, Stadtarzt zu Riga, namentlich aber des livländischen Medicinalinspectors, Dr. N. Hess, welcher ein besonderes Interesse am Zustandekommen und der Thätigkeit des Vereins livländischer Aerzte bekundet hatte. Der Praeses fordert die Versammlung auf, sich als Ausdruck der Anerkennung des Verdienstes der Verstorbenen um den Verein, sich von den Sitzen zu erheben (geschieht).

6. **Referat über die Thätigkeit der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra,** — vorgelegt von Prof. K. Dehio-Dorpat, Vicepraeses des Comités zur Bekämpfung der Lepra.

Im Anschluss an den der Generalversammlung vom Januar c. vorgelegten Bericht lässt sich über die Thätigkeit der Gesellschaft im verflossenen Jahre folgendes mittheilen:

1. Die Generalversammlung hat beschlossen die Thätigkeit der Gesellschaft auch auf Estland auszudehnen in Berücksichtigung des Umstandes, dass auch dort die Lepra recht verbreitet ist und die Gesellschaft auch aus Estland Beiträge erhält. Nach eingetroffener Obrigkeitlicher Genehmigung lautet nunmehr § 1 des Statuts: «Der Zweck der Gesellschaft besteht darin, das Umsichgreifen der Lepra in Livland und Estland durch Errichtung von Leprosorien zu bekämpfen».

2. Ueber die Leprosorien ist folgendes zu berichten:

Am 25. September wurde das Gesinde Muhli bei Dorpat vom ersten Leprösen bezogen. Am 1. Januar 1892 befanden sich schon 14 Lepröse in demselben und seitdem ist es permanent von 17—20 Kranken besetzt gewesen. Im Ganzen sind 25 Kranke mit 4500 Krankentagen verpflegt worden. Von diesen sind gestorben — 3, verliessen das Leprosorium — 4, und befinden sich gegenwärtig in demselben — 18. Die meisten Kranken, im Ganzen — 14, stammen aus dem Fellin'schen Kreise, von den Uebrigen gehören 3 dem Pernauschen, 3 dem Wolmarschen Kreise, 2 der Stadt Walk an. 4 Kranke stammen aus Estland. Die Zahlung beträgt laut Beschluss der Gesellschaft 5 Rbl. monatlich, doch ist nahezu die Hälfte der Kranken unentgeltlich behandelt worden. Die oekonomische und ärztliche Leitung ist Dr. Gerlach, Assistent an der medicinischen Klinik, übertragen worden. An mehreren Photographien erläutert Vortr. die innere Ausstattung des Leprosoriums. Im Garten desselben ist ein granitner Gedenkstein errichtet, dessen Inschrift an den intellectuellen Gründer der Gesellschaft, Prof. Ed. v. Wahl errinnert.

Das zweite Leprosorium in der von der livländischen Ritterschaft geschenkten ehemaligen Poststation Nennal ist so weit eingerichtet, dass dasselbe in den nächsten Tagen belegt werden kann. Die vorhandenen Räumlichkeiten lassen sich mit geringen Aenderungen vorzüglich den Zwecken eines Leprosorium anpassen. Schwierigkeiten machte nur der hohe Grundwasserstand des Grundstücks. Vortr. demonstrirt einen Situationsplan des Leprosoriums zu Nennal mit dem dazugehörigen aus Heuschlag, Acker und Gartenland bestehenden Terrain, sowie detaillirte Pläne der Gebäude.

Das Hauptgebäude enthält im unteren Stockwerk Raum für 40 Kranke und die Küche, im Bodenraume sind Ablege- und Vorrathsräume, die Wohnung der Oberaufseherin und zwei Zimmer vorhanden, welche als Apotheke, Verband- und Schreibzimmer des Arztes benutzt werden können. Im Nebengebäude ist noch Raum für 10 Kranke. In einem dritten nahegelegenen grossen steinernen Schuppen ist der Baderaum und die Waschküche eingerichtet. Im Hof befindet sich noch ein Schuppen für Holz und Heu, sowie Stallraum für ein Pferd und ein paar Kühe. Die Abtritte besitzen Senkgruben. Zur oekonomischen Leitung ist in Nennal selbst eine Oberaufseherin stationirt, während die medicinische Versorgung der Anstalt durch W. Walter, Arzt in Tschorna, geschieht, welcher wenigstens zweimal wöchentlich die Anstalt zu besuchen hat. Es wird beabsichtigt, in Nennal die älteren noch arbeitsfähigen Kranken unterzubringen, welche im Sommer mit Garten- und Feldarbeiten, im Winter mit Korbflechten und mit Holzschnitzerei, die Frauen mit Spinnen und Stricken beschäftigt werden sollen. Die schweren Kranken und die neuaufzunehmenden werden in Muhli untergebracht, letztere werden erst nach Feststellung der Diagnose nach Nennal übergeführt. Demgemäss sind sämmtliche Anmeldungen an Dr. Gerlach medicinische Klinik zu richten. Für Nennal sind schon 21 Lepröse aus Oesel angemeldet.

3. Die financielle Lage der Gesellschaft ist folgende, (in runden Summen).

Kapital am 1. Januar 1892 . .	27,424 Rbl.
Ausgegeben für Errichtung und Einrichtung von Muhli	3,685 »
von Nennal	9,120 »
Betrieb von Muhli	2,105 »
Kleinere Ausgaben	240 »
Der Summe der Ausgaben von . . .	15,150 Rbl. stehen
an Einnahmen gegenüber . . .	3,150 » mithin
beträgt das Kapital gegenwärtig	15,424 R. u. 22 Kop.

Die Zahl der Mitglieder beträgt augenblicklich 354. Im Hinblick auf die für weitere Pläne ungenügende finanzielle Situation der Gesellschaft fordert Vortr. die versammelten Collegen auf, ihrerseits möglichst für die Werke und Zwecke der Gesellschaft zu werben.

7. Herr Reisner-Riga berichtet über **die Thätigkeit des Leprosoriums der Stadt Riga.**

Nach vielen Bemühungen konnte der Bau des Leprosoriums endlich im Frühjahr 1891 in Angriff genommen werden, und schon im Herbste desselben Jahres begann dasselbe seine Thätigkeit. Allen Anforderungen der Krankenhaushygiene in baulicher Hinsicht entsprechend, ist dasselbe inmitten eines Kieferwaldes auf trockenem Landboden, 4 Werst von der Stadt Riga und ½ Werst von der Petersburger Chaussée, auch durchaus günstig gelegen. Das gesammte Areal misst 7 Lootstellen, von denen ein Theil zu Haushaltungszwecken urbar gemacht worden ist. Bei der inneren Einrichtung ist allem vorgesehen; ein Desinfectionszimmer mit einem grossen Apparat zum Desinficiren des Verbandzeugs, das Sectionszimmer und das Laboratorium mit den vorzüglichsten Apparaten zur bakteriologischen Untersuchung seien besonders erwähnt.

Am 15. Oktober 1891 wurde die Anstalt mit den ersten 11 Patienten belegt. Seitdem sind im Ganzen 41 Patienten verpflegt worden; davon traten aus 7, starben 2, so dass der augenblickliche Bestand 32 beträgt, d. h. ungefähr ⅓ der in Riga lebenden Leprösen. Die Anstalt ist auf 40 Betten berechnet, doch kann im Bedarfsfall ein dem bestehenden gleicher Flügel angebaut werden, wodurch die Bettenzahl aufs doppelte erhöht wird. In therapeutischer Beziehung lässt sich schon mancherlei erwähnen. Der Allgemeinzustand der Patienten bessert sich im Anfang des Anstaltaufenthaltes auffallend, das Körpergewicht nimmt bedeutend zu, um dann mit geringen Schwankungen auf demselben Niveau zu verharren. Fast jeder Patient wird ausser der chirurgischen Behandlung der Ulcera und häufigen Bädern mit Kaliseife noch specifisch behandelt. In Anwendung kamen Tuberculin, Salicylsäure, Ichthyol, Kreosot und in letzter Zeit Gurjunbalsam.

Mit Tuberculin wurden im Ganzen 20 Fälle nach der von Dr. Libbertz angegebenen Methode behandelt. Anfangs wurden grössere Dosen genommen 0.001—0.01, da aber die allgemeine Reaction sehr heftig und früher als die Localreaction auftrat, wurden später kleinere Dosen 0,0005—0,001 verabfolgt. Es folgen 3 Krankengeschichten, deren einzelne Stadien durch Photographien erläutert werden.

Kirill G. 40 a. n. 13. December 1891. Tuberculini 0,001; da keine Reaction eintritt, wird bis 0,002 gesteigert. Am 8. Tage heftiges abendliches Fieber mit Gliederschmerzen, Mattigkeit; die Injectionen werden noch 2 Tage fortgesetzt, die Symptome nehmen zu, es entwickeln sich neue Knoten; diese fühlen sich weicher an als die alten, sind geröthet und zeigen genau denselben Bacillenbefund wie die alten Knoten. Einzelne der letzteren erweichen, vereitern oder werden kleiner; die meisten neuentstandenen verschwinden im Laufe weniger Wochen fast spurlos. Während dieses ganzen Processes, welcher ca. einen Monat dauert, ist ständiges Fieber mit morgendlichen Remissionen. Patient hat im Laufe von 6 Monaten 5 mal den besprochenen Process durchgemacht, sein Allgemeinbefinden ist reducirt, die Menge der Knoten hat sich nicht verringert.

Katharina K. 54 a. n erhielt vom 16. bis 21. November, dann vom 1 December 1891 alltäglich Tuberculini 0,001, und, da keine Reaction eintrat, in allmählicher Steigerung bis 2,5 Mg. Am Abend des 7. Januar 1892 Schüttelfrost, 39,6° Schmerzen im ganzen Körper, Unbehagen und Mattigkeit; Tuberculin ausgesetzt. Am 26. Januar der erste fieberfreie Tag nach Tem-

peraturen von 40°. Im Laufe dieser Zeit vereitert ein Knoten im unteren Theil der linken Backe; im Eiter zahlreiche Leprabacillen.

Jula L. 16 a. n. bekam vom 13. Mai bis 3. September Tuberculin von 0,0005—0,002 mit einigen kurzen Unterbrechungen. Die anfangs andeutungsweise vorhandenen Flecken im Gesicht wurden immer lebhafter und schliesslich verliess Pat. missvergnügt die Anstalt.

Dem Tuberculin bedeutend vorzuziehen ist die in ihrer Wirkung demselben ähnliche Salicylsäure, welche in Verbindung mit Soda 3 mal tägl. zu 1,0 genommen sehr lange Zeit hindurch gut vertragen wird. Auch hier entzünden sich und vereitern die leprös infiltrirten Partien unter mässigem Fieber, aber man hat die Wirkung vielmehr in der Hand; es kommt zu keiner Accumulation. Mit Salicylsäure wurden im Ganzen 9 Fälle behandelt.

Ichthyolsalbe 25 pCt. bewirkte bei langem Gebrauch ein Abblassen der stark pigmentirten Haut und geringes Schrumpfen der infiltrirten Partien.

Kreosot in die Knoten injicirt lässt diese vereitern. Ueber den in neuester Zeit in Indien angewandten Gurjunbalsam (zuerst von Dougall vorgeschlagen) sind die Erfahrungen noch zu gering. In der kurzen Beobachtungszeit liess sich aber doch constatiren, dass die sonst aller Behandlung spottenden knorpelharten Geschwürsränder weicher und flacher wurden.

Zum Schluss ist noch die kosmetische Bedeutung des Paquelins zu erwähnen. Auffallend erscheint, dass beim Brennen auch nur weniger Knoten, die ganze Umgebung oedematös wird, hohes Fieber auftritt, und nach Ablauf des Processes die in der Nähe liegenden Knoten bedeutend abgeflacht erscheinen.

Discussion:

Herr Gernhardt-Dorpat, richtet an Prof. Dehio die Frage, ob die von den Kranken während der Winterzeit angefertigten Gegenstände nur zum Bedarf des Leprosoriums verwandt werden oder auch auf den Markt gelangen.

Herr Dehio-Dorpat: Die in den Leprosorien producirten Gegenstände sollen nicht zum Verkauf zugelassen werden.

Herr Meyer-Wenden, wirft bezugnehmend auf die grosse Zahl der Entlassungen die Frage auf, wie weit es möglich sei, die Leprösen zwangsweise in den Asylen zurückzuhalten.

Herr Dehio: Eine zwangsweise Internirung Lepröser in Leprosorien ist bei uns gesetzlich nicht gestattet und hätte nur dann einen Sinn, wenn genügend Betten vorhanden wären, um wirklich alle Lepröse des Rayons, für den das betreffende Leprosorium bestimmt ist interniren zu können

Herr Bergmann-Riga: Als zu erstrebendes Ziel für die baltischen Provinzen ist ein Isolirungsgesetz zu betrachten. Ein solches Gesetz besteht bereits für das Dongebiet (Leprosorium zu Nowotscherkask) Сводъ законовъ XIII. Уставъ прик. общ. призрѣнія, ст. 1310 и пр.

Herr Petersen-Petersburg: M. H.! Auf jeder Versammlung, wo bisher die Lepra-Frage zur Discussion gelangte, ist auch immer wieder der Einwurf erhoben worden: was helfen die Leprosorien, wenn wir nicht alle Leprösen in denselben unterbringen, wenn wir sie nicht zwangsweise hineinschaffen und nicht wieder hinauslassen können. So schlimm stehe es denn doch nicht. Lehrreich ist dafür die Beobachtung in Norwegen, wo auch nur ⅓ der Leprösen internirt ist, und trotzdem die Anzahl derselben systematisch abnimmt.

Als demokratisches Volk mit sehr ausgeprägtem Gefühl der persönlichen Freiheit ist Norwegen im Allgemeinen gegen jede Zwangsmassregel, doch ist das dort erlassene Gesetz derartig formulirt, dass man den Leprösen gestattet in ihren Häusern zu bleiben, sobald nachgewiesen wird, dass die Isolirung im eigenen Hause genügend gehandhabt wird; sobald aber die häusliche Isolirung nicht durchgeführt wird, tritt Zwangsisolirung ein. Nach diesem Princip wird auch für Russland beabsichtigt, einen Erlass zu effectuiren.

Was die bestehenden Gesetze betrifft, so haben wir wohl im XIII. Bande des Сводъ законовъ eine Verordnung, die besagt, dass Infectionskranke in Hospitäler geschafft werden müssen, wobei freilich Lepra nicht besonders angeführt ist. Bisher konnte aber dieser Punkt nicht benutzt werden, da es an Hospitälern zur Isolirung mangelte.

Bezüglich der Leprosorien in Livland freue ich mich hier hervorheben zu können, dass namentlich das Leprosorium in Riga in jeder Beziehung als musterhaft zu bezeichnen ist und Riga die Ehre gebührt, gegenwärtig das beste Leprosorium in Europa zu besitzen.

Herr Bergmann: Norwegen befindet sich der Lepra gegenwärtig auf demselben Standpunkt wie wir hier etwa der Syphilis gegenüber. Die Seuche ist eben derart angewachsen, dass weder Staat noch Gemeinde die Mittel zur radicalen Bekämpfung aufbringen können. Die Zahl der Leprösen in den baltischen Provinzen ist noch eine derart kleine, dass ein mit allen Mitteln aufgenommener Kampf auch die baldige Unterdrückung der Lepra bringen muss. Haben wir erst ein Zwangsgesetz, so müssen das Land, die Städte und Gemeinden, die sich meist recht lau zur Subsidienfrage verhalten, für die Raumbeschaffung Sorge tragen.

Herr Eckardt-Wolmar: Auf dem Gute Zarnau habe ich im Jahre 1891 eine Besichtigung von 11 Gesinden unternommen, wobei ich constatiren konnte, dass sich dort 9 Lepra-Kranke in verschiedenen Lebensaltern befanden, unter andern eine dort über 20 Jahre practicirende Hebamme, die freilich jetzt nicht mehr amtirte, jedoch nachweislich seit über 20 Jahren krank war und bis vor wenigen Jahren ihrer Beschäftigung als Hebamme nachgegangen war. Unter den von ihr empfangenen Kindern konnte ich einen 17jährigen Jüngling als leprös feststellen, dessen Familie (Vater, Mutter und Geschwister) gesund war.

Herr Wagner-Zabeln, macht auf die Anzeigepflicht in Kurland aufmerksam, wo die Aerzte der Polizei und der Medicinalverwaltung die Leprösen anzuzeigen haben.

Herr Sadikoff-Talsen: Im Talsenschen Kreise Kurlands waren nach officiellen Erhebungen vor 3 Jahren als die Lepra-Frage angeregt wurde, einige 30 Kranke; jetzt giebt es, obgleich viele der früher gezählten unterdessen gestorben sind, ungefähr 48 Lepröse.

Herr Zoege-Dorpat, schlägt vor, jährlich am Aerztetage eine Liste der bekannten Leprösen anzulegen, der jeder College am genannten Tage die von ihm neugefundenen Leprösen hinzuzufügen hätte. Dieser Modus dürfte einfacher sein als eine Zählung mit Karten. Die klinische Beobachtung würde der bakteriologischen Forschung in die Hand arbeiten in der Weise, wie es bisher Hellat und Bergmann gethan, und mit dem Ziele, die Infectiosität der Lepra zu erweisen.

Herr Petersen: Mit Errichtung von nunmehr 3 Leprosorien in kurzer Zeit sind wir in der Leprafrage einen wichtigen Schritt vorwärts gegangen. Nun giebt es aber noch einen Punkt, der ganz besondere Beachtung verdient; um einen Feind zu bekämpfen, muss man seine Zahl kennen und daher erscheint es sehr wichtig zur Herstellung eines Registers sämmtlicher Leprösen zu schreiten. Dann kann man erst sehen, ob infolge der Isolirung der Patienten eine Abnahme der Zahl der Leprösen eintritt oder nicht. Daher möchte er der Versammlung vorschlagen, darüber zu discutiren, in welcher Weise die Sammlung am praktischsten auszuführen sei. Redner selbst würde dafür sein, bei der livländischen ärztlichen Gesellschaft oder bei der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra eine Centralstelle zu errichten.

Herr Zoege: Bei der langen Dauer des Leidens und dem nur langsam sich zeigenden Erfolge der Bekämpfung der Lepra ist es nicht sehr wesentlich, die Meldung neuer Erkrankungen besonders zu beschleunigen und dürften daher die jährlichen Mittheilungen genügen.

Herr Sadikoff macht die Mittheilung, dass für Kurland, welches nicht in das Gebiet der Thätigkeit des Vereins zur Bekämpfung der Lepra aufgenommen ist, ein besonderer Verein gegründet werden soll, dessen Bestätigung vom Ministerium in nächster Zeit zu erwarten ist.

Herr Mercklin-Riga, steht der Sammelforschung über Lepra durchaus sympathisch gegenüber. Der Verein müsse dieses Unternehmen fördern. Die Methode der Zählkarten, welche umhergesandt und einverlangt werden, erscheine ihm praktischer als Zoeges Vorschlag von Listen, die auf dem Aerztetage jährlich ausgelegt werden. Einer der Collegen von den Leprosorien möge die Zusendung, Einverlangung und Zusammenstellung der Zählkarten in die Hand nehmen. So werde ein Generalregister der Leprösen in Livland zusammengestellt werden können.

Herr Truhart: Im Verwaltungsrath der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra ist die Gründung eines Centralbureaus für die Statistik der Lepra proponirt worden, und zwar sollten jährlich Zählkarten umhergesandt werden. Dass von Seiten des Aerztevereins ausserdem noch eine Sammelforschung angeregt werde, ist nicht angezeigt, da die Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra das natürliche Centrum bilde. Die Statistik den Aerzten der Leprosorien zu überlassen erscheint nicht angemessen, da das ärztliche Personal derselben wechselt. — Zur Zwangsisolirung der Leprösen kann Redner noch hinzufügen, dass diese Frage in dem Medicinal-Departement eingehend discutirt worden ist. Der Medicinalrath hat aber sein Votum dahin abgegeben, dass, da die Statistik der Lepra noch keinen epidemischen Charakter derselben nachgewiesen habe, der Erlass eines extraordinären Gesetzes zunächst inopportun sei; die Polizeibehörden haben aber jederzeit in Grundlage des Gesetzes das Recht, die zwangsweise Internirung infectiöser Kranken durchzuführen. Die Frage der zwangsweisen Besteuerung der Gemeinden, resp. Heranziehung der Landeskasse kann vor Regelung der Prästandenordnung nicht erledigt werden.

8. a) Herr Müller-Schujenpahlen: **Referat über die «Hospitalfrage»** (cf. Beschluss des III. livl. Aerztetages, Sitzung I, p. 2.).

Auf dem III. livländischen Aerztetage erhielt ich die Aufforderung, Pläne und Kostenanschläge für Landhospitäler zu liefern. Ich bin dieser Aufforderung mit um so mehr Interesse nachgekommen, als es sich hierbei um eine für die Landärzte höchst wichtige Angelegenheit handelt.

Ist es doch gerade die Hospitalfrage, welche geeignet ist, dem Landarzte die Möglichkeit zu schaffen sich selbst wissenschaftlich fortzubilden, und seinen Patienten die modernen therapeutischen Hilfsmittel in zweckentsprechender Form zukommen zu lassen.

Die Bedingungen, welche ein brauchbares Landhospital erfüllen soll, sind etwa folgende:

1. Raum für 6—8 Betten mit getrennten Abtheilungen für Männer und Weiber.
2. Erweiterungsfähigkeit dieser Räume.
3. Wärterzimmer, Küche, Wasch- und Badeeinrichtung.
4. Operationszimmer.
5. Billigkeit.

In der mir zugänglichen Literatur habe ich nichts Zweckentsprechendes gefunden; die Pläne sind meist zu gross, die Kostenanschläge lassen sich nicht ohne Weiteres auf hiesige Verhältnisse übertragen.

Ich habe mich deshalb auf eine Auswahl der augenblicklich in Livland bestehenden Lazarethe, welche etwa den obigen Bedingungen entsprechen, beschränkt, und lege die Pläne resp. Kostenanschläge derselben hier vor.

1. Das Hospital zu Sesswegen.

Das Hospital ist vor 2 Jahren vom Besitzer des Gutes erbaut. Plan und Kostenanschlag hat Herr Bauunternehmer Häusermann in Riga geliefert. Holzgebäude, Corridorsystem.

42 Fuss lang, 21 resp. 35 Fuss breit; der Corridor durchsetzt das ganze Haus der Länge nach. Auf der einen Seite desselben liegen: Operationszimmer, Ambulanzzimmer, Wärterzimmer, Küche (zugleich Speisezimmer) Handkammer. Auf der anderen 2 Krankenzimmer zu 4—6 Betten und 2 Abtritte.

In der Recapitulation des Kostenanschlages sind sämmtliche Handwerkerarbeiten z. Th. incl. Material

veranschlagt auf	2148,97 Rbl.
sämmtliche zu liefernde Baumaterialien ca.	2350,00 »
Pläne und Anschläge	135,00 »
Die Gesammtkosten mithin ca. . .	4635 Rbl.

2. Das Hospital zu Grundsahl.

Mit der Apotheke verbunden vor ca. 3 Jahren, von dem Besitzer des Gutes erbaut. Holzhaus, einstöckig 77 Fuss lang, 42 Fuss breit. Corridor mit Küche und Abtritt. Auf der einen Seite desselben Operationszimmer, auf der anderen 2 Krankenzimmer mit je 3 Betten.

Zimmer für Wartepersonal und Baderaum nicht vorhanden.

Die Kosten für die Handwerkerarbeiten ca.	1500 Rbl.
Baumaterialien veranschlagt auf ca. .	500 »
Pläne und Anschläge gratis.	
Gesammtkosten ca.	2000 Rbl.

3. Das Hospital zu Hallist.

Von dem Kirchspiel erbaut vor ca. 3 Jahren. Holzhaus, 49 Fuss lang $28^{1}/_{2}$ Fuss breit einstöckig. Enthält folgende Räume:

Vorhaus mit Abtritt (Tonnensystem).
Küche mit Badeeinrichtung und Waschapparat.
Wärterinzimmer.
2 Krankenzimmer mit je 5 Betten.
1 Erkerzimmer, zu Operationen benutzt.
1 kleines Dachzimmer.
Mehrere Dachkammern.
Baukosten: ca. 2000 Rbl.

Von Herrn Collegen Katterfeld-Waldheim wurde ferner mir der Plan des Krankenhauses zu Kandau zugestellt.

Tuffsteinbau, einstöckig, 88 Fuss lang 43 Fuss breit. Von der Giebelfront aus gelangt man in einen förmigen Corridor an dessen Längsstück Operationsraum und Zimmer der Diakonissin einerseits, Badezimmer, Auskleideraum und Küche andererseits gelegen sind. Vom Querstück aus gelangt man durch 2 Thüren in 2 Krankenräume, an welche sich 2 andere durch Thüren mit denselben verbunden anschliessen. Dann folgt eine Brandmauer und jenseit derselben die Infectionsabtheilung, welche 2 Krankenräume, 1 Wärterinzimmer und die nöthigen Nebenzimmer mit separatem Ausgang enthält. Abtritt und Vorrathskammer für die allgemeine Abtheilung befinden sich an einem Ende des Quercorridors.

Baukosten ca. 6000 Rbl.

Zum Schluss erlaube ich mir dann noch Plan, Modell und Kostenanschlag eines Landhospitales vorzulegen, welche nach meinen Angaben von Herrn Architect Lessel in Riga entworfen sind.

Holzbau, einstöckig, 40 Fuss lang, 37 Fuss breit. Durch das an der Giebelfront gelegene Vorhaus gelangt man in einen Corridor, der das Gebäude zur Hälfte durchsetzt. An der linken Seite desselben liegen Operationsraum und Ambulanzzimmer; an der rechten, ein grosses Zimmer in dem sich der Kochherd, der Speisetisch, der Baderaum und der Raum für die Wärterin, beide durch Scherwände abgetheilt befinden. Am Ende des Corridors führen 2 Thüren in die Krankenräume, welche durch eine Scherwand getrennt sind.

Jeder Raum enthält 3—4 Betten und einen Abtritt mit Heidelberger Fass.

Ventilation durch einen gemeinsamen Dachreiter und einen Mantelofen.

Die Baukosten belaufen sich incl. Material auf ca. 3100 R.

Wird das Material geliefert und kostenfrei angeführt — auf ca. 1700 Rbl.

(Plan und Kostenanschlag sind dem Archiv der Gesellschaft übergeben und stehen Interessenten durch Vermittelung des Secretairs jederzeit zur Verfügung).

b) Correferat des Herrn A. Katterfeld-Waldheim.

(Ein Referat dieses Vortrages ist nicht eingegangen).

Vermischtes.

— Der hierher behufs Berathung der Maassregeln gegen die Cholera zusammenberufene Congress der Aerzte wurde am 20. December geschlossen. Dank der unermüdlichen Thätigkeit der Congressmitglieder ist für alle wesentlichen Fragen des umfangreichen Congressprogramms ein werthvolles, systematisch und wissenschaftlich verarbeitetes Material gesammelt worden. Wie der Präsident des Congresses zum Schluss mittheilte, befindet sich der grösste Theil der Arbeiten des Congresses bereits im Druck und werden dieselben in nächster Zeit den Congressmitgliedern zugesandt werden.

— Die Choleraepidemie in St. Petersburg kann einstweilen als erloschen betrachtet werden, da seit dem 9. December keine weiteren Neuerkrankungen vorgekommen sind und der letzte an der Cholera erkrankt gewesene Knabe aus dem Nikolai-Kinderhospital als genesen entlassen worden ist. In Hamburg, wo die Cholera bekanntlich wieder aufgetaucht ist, sind in der Woche vom 25.—31. December a. pr. 17 Erkrankungen mit 6 Todesfällen und in Altona 5 Erkrankungen mit 3 Todesfällen amtlich constatirt worden.

— Der Professor der militär-medicinischen Academie, Staatsrath Dr. Danilewski, ist zum berathenden Mitgliede des Medicinalraths ernannt worden, unter Belassung in seinen übrigen Aemtern.

— Der bekannte Berliner Kinderarzt und Direktor des Kaiser-Friedrich-Kinderkrankenhauses, Privatdocent Dr. Adolf Baginsky, ist zum ausserordentlichen Professor der Berliner Universität ernannt worden.

— Der bekannte Berliner Professor der Physiologie Dubois-Reymond, ist zum correspondirenden Mitgliede der hiesigen Academie der Wissenschaften gewählt worden.

Verstorben: 1) Am 24. December in Moskau der Prosector des dortigen Findelhauses und des städtischen Jansa-Hospitals, sowie Secretär der Gesellschaft russischer Aerzte, Staatsrath Dr. Bernhard Rosenberg, im 57. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung auf der Kiewer Universität erhalten und wurde i. J. 1872 an der Moskauer Universität zum Doctor medicinae promovirt. Er ist vielfach literärisch thätig gewesen. Schon als Student des III. Cursus übersetzte er mit drei Kameraden das Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie von F. Niemeyer in's Russische. Vom J. 1873 an wurde er ein thätiger Mitarbeiter der Moskauschen medicinischen Zeitung, deren Redacteur er auch einige Zeit war; ausserdem hat er zahlreiche Arbeiten aus verschiedenen Gebieten der Medicin in den «Arbeiten der Moskauschen Gesellschaft russischer Aerzte» und in einigen ausländischen Journalen veröffentlicht. Wenn der Verstorbene auch vorzugsweise wissenschaftlich sich beschäftigte, so ist er doch auch praktisch thätig gewesen; so im J. 1871 bei der Bekämpfung der Choleraepidemie im Gouvernement Woronesh und i. J. 1876 in dem Sanitäts-Detachement, welches von der Moskauer Gesellschaft russischer Aerzte nach Serbien geschickt wurden. Rosenberg erfreute sich als Arzt, wie auch als Mensch allgemeiner Achtung und Liebe. 2) in Berlin der Geheime Sanitätsrath Dr. Lion Holstein im Alter von 81 Jahren. Besonders bekannt ist er durch sein 1845 zuerst erschienenes Handbuch der Anatomie, das 5 Auflagen erlebt hat und auch in mehrere fremde Sprachen übersetzt worden ist. 3) Am 12. December in London der hervorragende Geburts-

helfer Dr. James Aveling am Typhus im 64. Lebensjahre. Er construirte eine Zange mit Dammkrümmung, eine Vorläuferin der Tarnier'schen Achsenzugzange, und war lange Jahre Herausgeber des Obstetrical-Journal.

— Die Berliner medicinischen Professoren A. Hirsch, H. Köbner und Th. Gluck sind zu Mitgliedern der Kaiserlichen Leopoldinisch-Carolinischen deutschen Academie gewählt worden.

— Professor Richard Ewald in Strassburg ist von der französischen Académie des sciences für seine «Physiologischen Untersuchungen über das Endorgan des Nervus octavus» durch eine ehrenvolle Erwähnung ausgezeichnet worden.

— Prof. Rudolph Virchow ist in der Jahresversammlung der deutschen Anthropologischen Gesellschaft, an Stelle Prof. Waldeyer's, wieder zum ersten Vorsitzenden gewählt worden. Die anthropologische Gesellschaft zählt gegenwärtig 674 Mitglieder, darunter 6 Ehrenmitglieder und 110 correspondirende Mitglieder. (A. m. C.-Ztg.).

— Der Vorstand des im Jahre 1890 zu Berlin stattgehabten X. internationalen medicinischen Congresses hat vor Kurzem unter dem Vorsitz Prof. R. Virchow's eine Sitzung abgehalten, in welcher derselbe nach endgiltiger Rechnungsablegung seine Thätigkeit als beendet erklärte. Der Rechnungsschluss stellt sich, wie wir der «Allgem. med. Central-Zeitung» entnehmen, folgendermaassen: der Congress vereinnahmte aus eigenen Leistungen 140,749 Mark 81 Pfennige, aus Reichsmitteln 70,000 Mark, in Summa also 210,749 Mark 81 Pf. — Die Ausgaben betrugen 205,040 Mark 42 Pfennige, mithin bleibt ein Rest von 4709 Mark 39 Pf., welche Summe der Reichskasse wieder zur Verfügung gestellt worden ist. Als Reichszuschuss war ursprünglich eine Summe von 80,000 Mark bewilligt, davon sind 10,000 Mark aber gar nicht erhoben worden. In den Ausgaben sind die Druckkosten der Verhandlungen mit 56,998 Mark enthalten. — Die Versendung der Congressverhandlungen wird bis auf Weiteres noch unter den bekannten Bedingungen (Einsendung des Portobetrages an die Hirschwald'sche Buchhandlung in Berlin) fortgesetzt.

— Von der Pariser Académie des sciences ist der Preis Leconte im Betrage von 50,000 Frcs. dem Werke Villemin's über die infectiösen und übertragbaren Eigenschaften der Tuberculose zuerkannt worden. Leider hat der Autor des preisgekrönten Werkes dessen grossen Erfolg nicht erlebt.

— Von der Dorpater Universität sind im Laufe des Jahres 1892 im Ganzen 480 Personen gelehrte Grade und Würden zuerkannt worden, darunter von der medicinischen Facultät 319 Personen, und zwar: die Würde eines Kreisarztes 10 Personen, die Doctorwürde 56, der Arztgrad 32, der Grad eines Magisters der Pharmacie 7, der Grad eines Provisors 77, die Würde eines Dentisten 24, der Grad eines Apothekergehülfen 86 und die Würde einer Hebamme 27 Personen.

— Der dänische pharmaceutische Vereinbund hat Erkundigungen über den Preis einer und derselben Arzneien in verschiedenen Staaten eingezogen. Im Jahre 1883 wurde eine Arzenei, welche in Dänemark beispielsweise 100 kostete, in Norwegen mit 116, in Oesterreich 117, in Belgien 141, in Deutschland 145, in der Schweiz 149, in Russland 197, in Italien 242, in Frankreich 247, in England 259 und in den Vereinigten Staaten mit 359 bezahlt. In den verschiedenen Theilen Deutschlands sind die Preise für die Arzneien verschieden; so sind dieselben in Sachsen und Preussen billiger als in Würtemberg und Elsass-Lothringen. (Lancet—Wr.).

— Die preussische Arzneitaxe für das Jahr 1893 hat 61 Arzneistoffe im Preise erhöht, 119 ermässigt und 4 neu aufgenommen.

— Das Medicinaldepartement bringt zur öffentlichen Kenntniss, dass an Stelle der bisherigen Apothekertaxe, welche im Jahre 1881 herausgegeben wurde und im Jahre 1891 bereits einige Aenderungen erfuhr, vom Medicinalrath eine neue Taxe zusammengestellt ist, welche in den Residenzstädten vom 1. Januar 1894 an, in den übrigen Ortschaften des europäischen Russlands aber vom 1. Februar 1893 an in Kraft tritt. Was die sibirischen und mittelasiatischen Gouvernements und Gebiete anbelangt, so erfolgt die Einführung der neuen Taxe mit einem Zuschlage zu dem Taxpreise der Arzneien, in denselben im Laufe der Jahres 1893 erst nach einer desfallsigen Anordnung des Ministeriums des Innern.

Der Verkauf der neuen Apothekertaxe für den Preis von 1 R. 50 Kop. ist der Buchhandlung von Karl Ricker (St. Petersburg, Newski Prospect Nr. 14) übertragen worden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 20. Dezember 1892. 5957 (31 mehr als in der Vorwoche), darunter 110 Typhus — (16 mehr), 701 Syphilis — (wie in der Vorwoche), 58 Scharlach — (2 mehr), 8 Diphtherie — (6 weniger), 20 Masern — (4 mehr), 9 Pocken — (3 mehr) und 0 Cholerakranke.

Am 27. December 1892 betrug die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs 5691 — (266 weniger als in der Vorwoche), darunter 99 Typhus — (11 weniger), 653 Syphilis — (48 weniger), 54 Scharlach — (4 weniger), 6 Diphtherie — (2 weniger), 14 Masern — (6 weniger), 19 Pocken — (10 weniger) und 0 Cholerakranke.

Vacanzen.

1) Von dem Porchow'schen Kreislandschaftsamte (Gouv. Pskow) werden zwei Aerzte für 2 vacante ärztliche Bezirke gesucht. Gehalt 1200 R. jährlich. Adresse: «Порховская Земская Управа».

2) In der Stadt Wolsk (Gouv. Ssaratow) ist die Stelle des Stadtarztes, der Dr. med. sein muss, erledigt. Gehalt 1200 R. und 250 R. Quartiergeld. Für den Arzt wird ein Pferd und ein Kutscher auf Kosten der Stadt gehalten. Die Meldung geschieht bei der «Вольская Городская Управа».

3) Für den Kreis Slobodsk (Gouv. Wjatka) wird ein Landschaftsarzt gesucht. Gehalt 1000 R. Zu melden bei der «Слободская Уѣздная Управа».

4) In der Stadt Orechow (Taurien) ist die Stelle eines Sanitätsarztes zu vergeben. Gehalt 1000 R. Adresse: «Орѣховская Городская Управа».

5) Im Wladimirschen Kreise ist ein neuer ärztlicher Bezirk creirt. Gehalt für den Arzt 1000 R. Zu melden bei der «Владимірская Уѣздная Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 13. December bis 19. December 1892.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr	Unbekannt.
287	223	510	90	45	80	8	8	19	40	52	52	36	42	25	11	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 3, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 5, Scharlach 7, Diphtherie 9, Croup 4, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 25, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 8, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 2, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 104, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 0, Lebensschwäche und Atrophia infantum 29, Marasmus senilis 20, Krankheiten des Verdauungscanals 44, Todtgeborene 24.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 5. Januar 1893.

◆ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 11. Januar 1893.

Verzeichniss der vom Verein St. Petersburger Aerzte im Jahre 1893 abonnirten Zeitschriften.

1. Berliner klinische Wochenschrift.
2. Deutsche medicinische Wochenschrift.
3. Wiener klinische Wochenschrift.
4. Wiener medicinische Wochenschrift.
5. Zeitschrift für Heilkunde.
6. St. Petersburger medicinische Wochenschrift.
7. Gazette médicale de Paris.
8. Врачъ.
9. Медицинское Обозрѣніе.
10. Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge
11. Archiv für klinische Medicin.
12. Zeitschrift für klinische Medicin.
13. Archiv für klinische Chirurgie.
14. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.
15. Jahrbuch für Kinderheilkunde.
16. Archiv für Gynäkologie.
17. Archiv für Dermatologie.
19. Archiv für Psychiatrie
20. Vierteljahrschrift für öffentliche Gesundheitslehre.
21. Archiv für pathologische Anatomie.
22. Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften.
23. Virchow-Hirsch' Jahresbericht.
24. Schmidt's Jahrbücher.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **CARL RICKER** in St. Petersburg, Newsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА
НА
„НОВОСТИ ТЕРАПІИ"
(Therapeutische Neuigkeiten)
ВЪ 1893 ГОДУ
(ГОДЪ ВОСЬМОЙ),

журналъ современныхъ открытій и усовершенствованій въ области терапіи, по всѣмъ отраслямъ медицины и хирургіи.

„Новости Терапіи" въ 1893 году будутъ выходить по прежней программѣ еженедѣльно въ размѣрѣ одного печатнаго листа.

Подписная цѣна ЧЕТЫРЕ РУБЛЯ ВЪ ГОДЪ,

съ пересылкой и доставкой.

За перемѣну адреса 30 коп.

Гг. подписчиковъ 1892 года покорнѣйше просимъ —при возобновленіи подписки не — ссылаться на свой «прежній адресъ», присылать вновь, четко написанные или печатные адресы.

Цѣна оставшихся экземпляровъ журнала 1892 года 3 рубля для подписчиковъ 1893 года, а для остальныхъ лицъ (съ новаго года) 3 р. 50 к. Цѣна экземпляровъ журнала 1890 (съ иллюстрированнымъ каталогомъ фирмы «Швабе») 3 р. 50 к. для подписчиковъ 1893 г., а для остальныхъ лицъ—4 р. Экземпляры 1891, 1889 и 1888 гг.—по 3 рубля, съ пересылкой.

Цѣна объявленіямъ 15 коп. за мѣсто, занимаемое строчкою петита. Книгопродавцамъ и при повтореніи объявленія – уступка.

О каждой новой медицинской книгѣ, присланной въ редакцію безплатно, печатается въ журналѣ объявленіе безплатно, а если книга относится къ области терапіи, то помѣщается отзывъ о ней въ одномъ изъ ближайшихъ нумеровъ журнала.

Адресъ редакціи: *Москва, Трубная площадь, д. Ечкиной.*

1—1 Редакторъ-Издатель **К. В. Скурховичъ.**

Speciell dem Bedürfniss des praktischen Arztes entsprechend.

Die verbreitetste medicinische Zeitschrift in deutscher Sprache.

7500 feste Abonnenten!

Ihren 7. Jahrgang beginnen:

Therapeutische Monatshefte.

Herausgegeben
von
Dr. Oscar Liebreich
unter Redaktion von
Dr. A. Langgaard u. Dr. S. Rabow.

Erscheinen Mitte jedes Monats.

Preis für den Jahrgang von 12 Heften M. 12,—.

Zu beziehen durch die Post (Post-Zeitgs.-Preisliste No. 6388), alle Buchhandlungen und von der ***Verlagsbuchhandlung von Julius Springer*** *Berlin N., Monbijouplatz 3.*

Probehefte — von Ende December ab auch das Januarheft — stehen auf Verlangen kostenfrei zu Diensten.

(2) 2—1

ИЗДАНІЕ КНИЖНАГО МАГАЗИНА
К. Л. РИККЕРА, въ С.-Петербургѣ,
Невскій просп., № 14.

КУРСЪ АКУШЕРСТВА
И. П. Лазаревича,
Заслуженнаго ординарнаго профессора акушерства и женскихъ болѣзней.

Изданіе второе, совершенно переработанное и пополненное.

2 Тома съ 740 рисунками въ текстѣ.
1892. Цѣна за оба тома 6 руб. съ перес. 7 р.

ФИЗІОЛОГИЧЕСКІЙ СБОРНИКЪ.

Статьи и работы по біологіи, экспериментальной медицины и медицинской химіи изъ лабораторій и подъ редакціей Профессоровъ,

Ал. ДАНИЛЕВСКАГО
и
Вас. ДАНИЛЕВСКАГО.

Въ Императ. Харьковскомъ Университетѣ.

2 тома. 1888—1891. 6 р.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

Frau Marie Kubern, Мойка 84, кв. 19, напротивъ реформатской церкви.

Ida Belajew. Казанская № 52, кв. 24.

Съ 1-го января 1893 года будетъ издаваться въ Москвѣ двухнедѣльный новый журналъ

„ФАРМАЦЕВТЪ"

изъ научнаго и бытоваго отдѣловъ 15 подраздѣленіи программы котораго обнимаютъ со всѣхъ сторонъ фармацевтическую науку и практику и вопросы аптечной жизни. Въ числѣ прочихъ въ журналѣ печатаются статьи дезинфекціи, микроскопіи, изслѣдованію продовольственныхъ и иныхъ продуктовъ (борьба съ фальсификаціей) и т. п.

Подписка принимается въ Москвѣ: 1) въ редакціи (Гороховская ул., д. 6. гр. Разумовскаго, въ кв. маг. фарм. Альтгаузенъ); 2) въ типографія И. Н. Кушнерева и К°. (Пименовская ул.); 3) въ магазинѣ И. Н. Кушнерева и К°. (Никольская ул., д. Чижовыхъ).

Подписная цѣна 6 руб. въ годъ.

Программы высылаются безплатно.

(1) 1—1

Дозв. ценз. Спб. 8 Января 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 2 St. Petersburg, 9. (21.) Januar **1893**

Abonnements-Aufforderung.

Die St. Petersburger

Medicinische Wochenschrift

wird auch im Jahre 1893 unter der jetzigen Redaction und nach dem bisherigen Programm erscheinen. Sie bleibt ihrer Aufgabe getreu, ein Organ für praktische Aerzte zu sein und letztere durch **Originalarbeiten** sowohl als durch **Referate** und **Besprechungen** neu erschienener Werke mit den Ergebnissen zeitgenössischer medicinischer Forschung bekannt zu erhalten. — Wie bisher werden die **wissenschaftlichen Verhandlungen der Dorpater med. Facultät** in der Wochenschrift erscheinen und wird dieselbe als Organ nachstehender Vereine und Gesellschaften fortfahren mit der Veröffentlichung der **Protokolle des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte**, des **St. Petersburger Vereins deutscher Aerzte**, der **Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga**, der **medicinischen Gesellschaft zu Dorpat** und der **Gesellschaft livländischer Aerzte**. — Besondere Aufmerksamkeit wird die Wochenschrift auch fernerhin der **russischen medicinischen Literatur** widmen und in gleicher Weise, wie im vorigen Jahre, auch weiterhin durch fortlaufende Referate über **alle wichtigeren in russ. medicin. Journalen erscheinenden Arbeiten**, sowie über die Verhandlungen **russischer medicinischer Gesellschaften**, den mit der russischen Sprache nicht vertrauten Fachgenossen die Einsicht in diese stetig an Bedeutung gewinnende Literatur ermöglichen. — Der **Abonnementspreis** ist incl. Zustellung in **Russland 8 Rbl.** für das Jahr, 4 Rbl. für ein halbes Jahr; **in den anderen Ländern 20 Mark** für das Jahr, 10 Mark für ein halbes Jahr. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die Buchhandlung von **C. Ricker in** St. Petersburg, Nevsky-Prospect Nr. 14, **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen an den geschäftsführenden Redacteur **Dr. Rudolf Wanach** (Petersburger Seite, Grosser Prospect Nr. 7, Quart. 6) zu richten.

Ein Fall von Aneurysma der Aorta asc. mit Durchbruch in den linken Vorhof.

Von

Dr. med. Nicolai Höhlein.

Aus dem Deutschen Alexander-Hospital für Männer.

J. B. 51 a. n., Kutscher, giebt auf Befragen an, dass er seit einer langen Reihe von Jahren wiederholt an rheumatischen Attaquen gelitten; seit 4—5 J. gesellten sich dann Kurzathmigkeit und Herzklopfen bei jeglicher stärkeren Anstrengung hinzu. Vor 4 Tagen, d. h. am 3. April 1892, erkrankte Pat. plötzlich acut an einem heftigen Frostanfall mit darauffolgender Hitze, zu welchen Erscheinungen äusserste Dyspnoe, Herzklopfen und starker Husten hinzutraten. Pat. ist mässiger Gewohnheitstrinker.

Stat. praesens (7. April 1892) Pat. ist von grosser Statur. Knochenbau eher gracil, Ernährungszustand etwas reducirt. Temperatur 38,4. Der Puls ist ein exquisiter pulsus altus et celer., Frequenz 110; Pulshöhe sowohl wie Schlagfolge unregelmässig. Sämmtliche peripheren Arterien pulsiren stark und zeigen deutliche Arteriosklerose.

Aeusserst starke Orthopnoe, Respirationsfrequenz 40. Heftiger Husten mit dünnflüssigem, blutig tingirtem Auswurf.

Ueber den Lungen keine Dämpfungen, doch diffuses Schnurren und Pfeifen.

Das Herz sehr gross, besonders betrifft die Vergrösserung den linken Ventrikel. Starke pulsatorische Erschütterung der ganzen Herzgegend. Spitzenstoss verbreitert, stark hebend, im 6. Intercostalraum in der vorderen Axillarlinie sicht- und fühlbar. Die obere Herzgrenze beginnt an der 3. Rippe, die rechte entspricht dem rechten Sternalrand. Ausserdem lässt sich noch über dem manubrium sterni eine annähernd länglich gestaltete, 2 Finger breite, wohl der Aorta asc. entsprechende Dämpfung herauspercutiren. Auscultatorisch wird über dem Sternum ein lautes diastolisches Geräusch neben unreinem systolischem Tone gehört; ersteres lässt sich, abgeschwächt, bis zur Herzspitze verfolgen; doch sind über letzterer daneben beide reinen Töne hörbar.

Herzaction stürmisch, unregelmässig.

Ueber sämmtlichen peripheren Arterien bis zum arcus palmaris hinunter deutliches lautes Arterientönen; über der Cruralis Duroziez'sches Doppelgeräusch.

Leber deutlich vergrössert. Die übrigen Organe normal. Keine Oedeme. Urin dunkel, harnsäurereich, eiweissfrei. Die Diagnose wurde gestellt auf: Aorteninsufficienz; Stauungskatarrh der Lungen; Stauungsleber.

Therapeutisch wurden ordinirt: Pulv. herb. Digital. 0,1. 4 mal tägl. und ein Fliegenpflaster auf's Herz.

Am 8. April hat sich der Stat. absolut nicht zum Besseren verändert; die Blutbeimengung des Sputums, sowie die Orthopnoe haben zugenommen. Puls 116, stark unregelmässig. Temperatur 38. 5.

Am 9. fühlt Pat. Morgens sich etwas besser; die Dyspnoë ist soweit geringer, dass Pat. bereits liegen kann. Temperatur 37.6. Puls 106, regelmässig. Abends jedoch wird Patient plötzlich von einer grossen Unruhe und heftigstem Schmerz in der Herzgegend befallen; es treten äusserster Grad von Cyanose, stärkste Dyspnoe und grosses Vernichtungsgefühl auf, und unter den Erscheinungen acutesten Lungenödems tritt in etwa 20 Min. der exitus letalis ein.

Sectionsprotocoll (Dr. Westphalen): Todtenstarre. Blasse Hautdecken. Keine Oedeme. Unterhautfettgewebe schwach entwickelt. Muskulatur kräftig. In der Peritonealhöhle kein abnormer Inhalt. Leber stark herabgedrängt. Tiefstand des Zwerchfells beiderseits.

Nach Entfernung des Sternums erweist es sich, dass die Lungen einander überlagern und das Herz nur in geringer Ausdehnung frei lassen. Im Herzbeutel mässige Mengen klaren Serums. Das Herz nach links hin vergrössert. Das epikardiale Fettgewebe stark ödematös. Die linke Lunge zeigt eine Reihe frischer subpleuraler Ekchymosen. Bronchialdrüsen unverändert. In den A. pulmonales frische Gerinnungen. In den Bronchien blutig schaumig-schleimige Flüssigkeit. Lungengewebe ödematös und hyperämisch, doch durchweg lufthaltig und etwas bräunlich verfärbt. Consistenz und Volumen etwas vermehrt.

Die rechte Lunge noch voluminöser und schwerer als die linke. Auch hier reichliche subpleurale Ekchymosen. Pleura spiegelnd, Lungengewebe stark hyperämisch und ödematös.

Das Herz vergrössert; der linke Ventrikel von Eiform, dem der rechte gewissermassen ansitzt; die Grenze zwischen beiden Ventrikeln wird durch eine leichte Furche angedeutet. Perikard unverändert, bis auf eine leichte bindegewebige Verdickung in der Gegend der Herzspitze. Aortenklappen insufficient. Der rechte Vorhof leicht erweitert; rechter Ventrikel normal gross: sein Myo- und Endokard, Tricuspidal- und Pulmonalklappen unverändert.

Das ostium atrio-ventriculare sinistrum entschieden weiter als normal. Der linke Ventrikel gleichfalls erweitert, sowohl in der Breite als in der Länge; sein Myokard stark verbreitert, sonst bis auf eine spurenhafte Entwickelung von Bindegewebe in demselben unverändert. Trabekeln und Papillarmuskeln hypertrophisch; Endokard zart; an den Sehnenfäden und der Mitralis keine deutliche pathologische Veränderung.

Die Semilunarklappen der Aorta deutlich arteriosklerotisch verändert, ihre freien Ränder verdickt und verkürzt; die Ansatzstellen einander genähert und vielfach unter einander verwachsen. Die Klappen nicht schlussfähig; eine Klappe perforirt. Eine Verengerung des Ostium besteht nicht.

Die Aorta asc. nicht auffallend erweitert; ihre Intima stark sklerotisch. Dicht oberhalb einer Semilunarklappe findet sich in der aorta eine 15-kopekengrosse glattwandige Oeffnung; dieselbe führt in eine kleinapfelgrosse Höhle, die von entfärbten wandständigen Gerinnungen erfüllt wird und zwischen der Aorta asc. und dem linken Vorhof liegt. Die Höhle steht mit dem linken Vorhof durch eine erbsengrosse Oeffnung in Verbindung; die Ränder der Oeffnung sind gefetzt; die Oeffnung in der Aorta liegt ³/₄ cm. oberhalb der Semilunarklappe.

Die Milz vergrössert; Milzgewebe fester als normal; hyperämisch. Trabekel und Malpighi'sche Körper deutlich wahrnehmbar, A. lienalis stark sklerotisch.

Die Leber vergrössert; der vordere Rand leicht abgerundet. Glisson'sche Kapsel diffus bindegewebig verdickt. Gallenblase unverändert. Lebergewebe hyperämisch; Centra der Acini verbreitert.

Pankreas und Nebennieren venös hyperämisch, sonst unverändert.

Beide Nieren ebenfalls venös hyperämisch, sonst normal. Die Aorta desc. und ihre gröberen Aeste stark sklerotisch; an einzelnen Stellen atheromatöse Geschwüre.

Anatomische Diagnose: Sklerose des arteriellen Systems und besonders der Semilunarklappen der Aorta; Insufficienz derselben. Aneurysma sacciforme der Aorta asc., dicht oberhalb der Semilunarklappen zwischen A. asc. und linkem Vorhof; frische Perforation in letzteren. Relative Insufficienz des Mitralostiums mässigen Grades. Dilatation und Hypertrophie des linken Ventrikels. Leichte braune Induration der Lungen. Starke venöse Hyperämie der Leber, Nieren, Milz, Körpervenen und sämmtlicher Unterleibsorgane, hochgradiges Lungenödem mit frischen Ekchymosen unter der Pleura.

Es hat also die anatomische Diagnose ein Aneurysma entdeckt, das der klinischen Untersuchung vollkommen entgangen war; das einzige Symptom, das den Kliniker vielleicht auf die Diagnose hätte leiten können, war die obenerwähnte länglich gestaltete Dämpfung über dem Manubrium sterni, die jedoch ebenso gut als Ausdruck einer Erweiterung der Aorta aufgefasst werden konnte, wie das denn auch thatsächlich von Dr. Moritz, welcher die Behandlung des Falles leitete, und von mir geschah.

Im Anschluss an die vorliegende Krankengeschichte sei es mir noch gestattet, einiges über die Aetiologie der Aneurysmen und der mit denselben eng verknüpfte Arteriosklerose zu sagen.

Bekanntlich ist die häufigste Ursache für die Entstehung der Aneurysmen in der Arteriosklerose des Gefässsystems gegeben; nun ist aber in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle gerade die Aorta asc. der Sitz genannter Gefässerkrankung, (65% nach Jacob Werner) daher auch die Häufigkeit der Aneurysmenbildung in diesem Gefässgebiet. In seiner Arbeit «Ueber das Aneurysma» schreibt Thoma [1]) in Kürze folgendes:

Die primäre Ursache der Arteriosklerose liegt in einer allgemeinen Ernährungsstörung; zu letzterer gehören: die Gicht, chron. Bleivergiftung, chron. Rheumatismus, Alkohol, Syphilis, chron. Nephritis, acute Infectionskrankheiten, besonders Typhus und Scarlatina. In Folge dieser allgemeinen Ernährungsstörung tritt eine Schwächung der Media ein, daher stärkere Dehnung derselben durch den Blutdruck, also Erweiterung ihres Lumens und zwar nicht nur in der Längs-, sondern auch in der Querrichtung (in Folge dessen Schlängelung und Verkrümmung). Diese Erweiterung führt aber nothwendiger Weise zu einer Blutstromverlangsamung; letztere hat aber nach Thoma, sofern sie nicht durch eine entsprechende Contraction der Media wieder vollständig aufgehoben wird, eine Bindegewebsneubildung der Intima zur Folge, die das Lumen des Gefässes verengt und damit die normale Stromgeschwindigkeit mehr oder weniger wiederherstellt (compensatorische Endarteriitis) dazu tritt denn noch in der Folge eine Bindegewebsneubildung in der Media und Adventitia hinzu (Meso- et Periarteriitis).

Was nun speciell das Aneurysma betrifft, so unterscheidet Thoma ätiologisch folgende Formen desselben:

1) An. congenitum 2) A. neonatorum et infant. 3) A. arterioscleroticum 4) A. embolicum (entstanden durch Schwächungen der Gefässwand, welche blande oder inficirte Emboli am Orte ihrer Einkeilung erzeugen), 5) A. per arrosionem (Schwächung der Gefässwand durch von aussen andringende geschwürige und eitrige Processe) 6) A. traumaticum.

Was nun die häufigste Form des Aneurysma arterioscleroticum betrifft, wie sie ja auch in unserem Falle vorliegt, so entwickelt sich letzteres nach Thoma im ersten Stadium der Arteriosklerose, d. h. im Stadium der Dehnung. Es beruht also das arteriosklerotische Aneurysma auf einer Dehnung kürzerer Abschnitte der arteriellen Bahn. Auch bei dieser circumscripten Gefässwanddehnung findet die oben beschriebene compensatorische Endarteriitis statt, doch ist hier die Erweiterung eine so beträchtliche, dass die Bindegewebsneubildung nicht gleichen Schritt halten, es daher zu einer Ausheilung des Aneurysma durch die compensatorische Endarteriitis nicht kommen kann. Aneurysma sowohl wie Arteriosklerosis haben also meist dieselbe Ursache, daher die oben genannte häufige Coincidenz beider: kommt es in Folge von Blutdrucksteigerung zu geringeren Dehnungen, so entstehen arteriosklerotische Flecke; ist die Dehnung eine stärkere, so kommt das Aneurysma zu Stande, weil jetzt die compensatorische Endarteriitis der Dehnung nicht mehr das Gleichgewicht halten kann. Diese Blutdrucksteigerung tritt nun nach vorhergegangener Gefässwandschwächung meist ein in Folge einer stärkeren Körperanstrengung oder Gemüthsbewegung; da aber die Blutdrucksteigerung sich

---

[1]) Thoma: Ueber das Aneurysma. D. med. Wochenschr. 1889.

besonders in denjenigen Gefässgebieten geltend machen muss, in welchen die Pulswelle besonders hoch und kräftig ist, so finden wir die Arteriosklerose sowohl wie das Aneurysma am häufigsten entwickelt in der Aorta asc., dem Arcus aortae und der Aorta thoracica. Was das zu Aneurysmen disponirende Lebensalter betrifft, so liegt dasselbe im vierten Decennium, fällt also zusammen mit den Anfangsstadien der Arteriosklerose; in den späteren Stadien der letzteren dagegen. wo die Bindegewebsneubildung bereits stärker geworden ist, ist die Gefahr der Aneurysmenbildung eine geringere.

Gehen wir jetzt noch kurz zur Betrachtung unseres speciellen Falles über, so interessirt uns an demselben besonders die Localisation des Aneurysma und zweitens der Durchbruch desselben in den linken Vorhof. Was den Sitz der Blutgeschwulst dicht oberhalb einer Semilunarklappe betrifft, so scheint das ein recht seltenes Vorkommniss zu sein, indem die meisten Aneurysmen der Aorta asc. ihren Ursprung tiefer nehmen. doch finden sich immerhin in der einschlägigen Literatur für die letzten 10 Jahre einige Fälle der ersteren Art verzeichnet; noch seltener scheint ein Durchbruch gerade in den linken Vorhof vorzukommen.

Es mag mir erlaubt sein an dieser Stelle einige in der Literatur verzeichnete diesbezügliche Fälle zu erwähnen: Beyer[2]) beschreibt einen Fall von Aneurysma zweier Sin. Valsalvae der Aorta, deren eines sich in den rechten Ventrikel geöffnet hatte, deren anderes in's Perikard durchzubrechen drohte.

Ewart[3]) spricht von einem intraperikardialen Aneurysma, das auf den linken Vorhof und die Luftwege drückte und in das linke Herzohr durchgebrochen war.

Oliver[4]) sah plötzlichen Tod in Folge eines Aneurysma am Anfangstheil der Aorta, das die A. pulmonalis comprimirte; der anliegende Theil des linken Vorhofs war erweicht, der rechte Vorhof erweitert, die Wände verdünnt, die Tricuspidalis für 5 Finger durchgängig.

In einem Falle von Moore[5]) findet sich Durchbruch in den rechten Vorhof, wobei die Communication schon längere Zeit bestanden haben soll.

Lunn[6]) verfügt über 3 Fälle von plötzlichem Tod durch Aneurysmenberstung, und zwar hatte die Perforation stattgefunden in den Oesophagus, die Pleura, den rechten Bronchus.

Durchbruch eines Aortenaneurysma in die A. pulmonalis findet sich in einem Falle von Taylor[7]).

Denselben Sitz des Aneurysma wie in unserem Falle, d. h. dicht oberhalb der Valsalva'schen Tasche, beobachtete Posteur[8]). Interessant ist ferner noch ein von Pepper und Griffith[9]) beschriebener Fall: Ein 48 jähriger Mann ist seit 4 Wochen an Dyspnoe, Anschwellung des Nackens und der Schulter, und zwar links stärker als rechts, erkrankt; dazu gesellen sich Schmerzen und schliesslich Unmöglichkeit zu schlingen. Der Status ergiebt hochgradiges Oedem der oberen Körperhälfte aber nur dieser; über den Lungen kleinblasiges Rasseln und verlängerte bronchiale Exspiration. Spitzenstoss an normaler Stelle, verstärkt; deutliches Schwirren über Spitze und Basis. Auscultatorisch wird ein lautes musikalisches Geräusch an der Aorta, am lautesten in der Systole gehört; der systolische Theil des Geräusches wird über der ganzen rechten Lunge, sogar an den Gefässen des Nackens und am Arm herunter bis zum Ellbogen vernommen. Bei der Section findet sich normaler Klappenapparat: grosser rechter Vorhof mit verdickten Rändern; Vena cava sup. vom Vorhof aus 1 Zoll weit für den Finger durchgängig, dann straff verengt; die V. cava inf. lässt 2 Finger bis zum Gelenk durch. Aorta etwas erweitert und $1^1/_2$ Zoll von den Klappen eine Oeffnung, die in ein apfelgrosses Aneurysma führt; das Aneurysma comprimirt die rechte Lunge und ist mit derselben verwachsen; nach hinten liegt es gegen die Trachea, den Oesophagus und den rechten Bronchus an. Oberer Theil der V. cava sup. verdickt und durch das Aneurysma comprimirt; eine eingeführte Sonde führt bald in den Vorhof, bald direkt in das Aneurysma. Oesophagus komprimirt; Trachea abgeflacht. Innerhalb des Aneurysmas liegt die verdickte comprimirte V. cava sup. und in ihrer Wandung eine Arrosion, die die Hälfte des Umfangs der Vene einnimmt.

Verfasser hat weitere 28 Fälle aus der Literatur gesammelt mit Durchbruch des Aneurysma in die mehr oder weniger comprimirte Cava sup., in einigen dieser Fälle wurde die Diagnose intra vitam gestellt. Die hervorragenden Symptome sind immer: Cyanose, Oedem und Kälte der oberen Körperhälfte, Ausdehnung der Venen daselbst, häufig Venenpuls; der Thorax zeigt nur dann die Erscheinungen, wenn das Hinderniss der Circulation unterhalb der Einmündungsstelle der V. azygos liegt. Ein fast pathognomonisches Zeichen für den beschriebenen Zustand, wie überhaupt für das Vorhandensein eines varicösen Aneurysma, d. h. einer Communication zwischen einer Arterie und Vene, soll ein murmelndes Geräusch sein, das sowohl während der Systole wie während der Diastole gehört wird. Es kann also jedenfalls solch ein varicöses Aneurysma längere Zeit bestehen und braucht nicht plötzlich zum Tode zu führen. In unserem speciellen Falle jedoch dürfte ein längeres Bestehenbleiben der Lebensfunction ausgeschlossen sein wegen der starken Blutstauung, die sich im ganzen Lungengefässgebiet nothwendigerweise etabliren muss; daher dürfte sich auch eine Diagnose intra vitam kaum je stellen lassen.

Zum Schluss sei noch erwähnt, dass aus der Gibson'schen Statistik sich ergiebt, dass 75 pCt. der veröffentlichten Aneurysmafälle durchbrachen, und zwar 26 pCt. in die linke Pleura, 13 pCt. in die rechte, 16,5 pCt. in den linken Bronchus, 4 pCt. in die Trachea und 2 pCt. in's Perikardium.

Weitere Mittheilung über Vinum Ipecacuanhae bei Wehenschwäche.

Von

Ernst Utt,

in Turgel (Estland).

Angeregt durch die casuistische Mittheilung Dr. H. Stillmark's (cf. St. Petersburger medic. Wochenschrift 1892 Nr. 18) und durch die Notiz in der deutschen med. Wochenschrift (s. 1892 Nr. 22 S. 511), dass nach Drapes bei einfacher Wehenschwäche Vinum Ipecacuanhae ein mächtiger Erreger von Uteruscontractionen sei, habe ich das genannte Mittel in 6 mir zu Gebote stehenden Fällen angewandt und jedes Mal von dem gewünschten Erfolge mich überzeugen können. Verabfolgt habe ich es zu je 10 Tropfen 3 mal in einer Zwischenzeit von je 10 Minuten; die Wirkung zeigte sich nach 20 Minuten bis zu $^1/_2$ Stunde.

Zur genaueren Orientirung erlaube ich mir, die betreffenden Geburtsgeschichten kurz zu referiren:

1) L. R.. 28 a. n. hat einmal geboren, die Geburt ist schwer gewesen, da sie ein enges Becken hat. Die letzten Menses in den ersten Tagen des October 1891. Die Wehen haben am 9. Juli 1892 ca. 10 Uhr Vormittags begonnen. Am 11. Juli, 10

---

[2]) Beyer: New-York med. Record XXI 6. ı ebr. 1882.
[3]) Ewart: Transact of the path. soc. XXI pag. 96.
[4]) Oliver: Med. Times and Gaz. Juli 23. pag. 89.
[5]) Moore: Transact of the path. soc. XXI pag. 82.
[6]) Lunn: British med. Journ. Juni 3. pag. 819.
[7]) Taylor: Guy's Hosp. Rep. XXVII p. 391.
[8]) Posteur: Transact of the Pathol. soc. Vol. XXXVII.
[9]) Pepper und Griffith: The Americain Journal of the Med. Sciences October.

Uhr abends untersuchte ich die Kreissende zum ersten Mal: Enges Becken, II. Kopflage, Wehen und foetale Herztöne normal. Am 12. Juli 8 Uhr morgens zweite Untersuchung: Die Blase gesprungen, der Kopf über dem Beckeneingang; kindliche Herztöne normal, kein Meconium, Wehen sehr schwach. Darauf gab ich in oben genannter Dosirung Vin. Ipecacuanhae; nach 20 Minuten, gerechnet nach dem Einnehmen der letzten 10 Tropfen, treten kräftige normale Wehen auf, die leider hier nicht das gewünschte Resultat erzielen, da das enge Becken dem normalen Geburtsverlauf ein unüberwindliches Hinderniss in den Weg legt.

2) J. R. 25 a. n. Primipara. Letzte Menses 12. Novem. 1891; Die Wehen begannen am 21. August 1892, 4 Uhr Nachmittags. Am 22. August 5 Uhr Morgens wurde ich zur Kreissenden abgeholt: I. Schädellage. Blase gesprungen, foetale Herztöne von normaler Frequenz, Wehen normal stark. Kolossales Oedem der Vulva. Um 6 Uhr Nachmittags fast totale Wehenschwäche, worauf ich Vin. Ipecacuanhae gab. Nach 20 Minuten einmaliges Erbrechen und ca 10 Minuten darauf kräftige Wehen. die im Laufe 1/4 Stunde das Kind zu Tage befördern. — Verlangsamtes Ausstossen der Placenta (wohl durch das Oedem der Vulva bedingt) — Wochenbett normal.

3) M. M., 30 a. n. VI-para, alle Geburten sind leicht und schnell von statten gegangen. Die Wehen haben ca 1 Tag früher begonnen, bevor ich zur Kreissenden kam. Die Untersuchung ergiebt: I. Schädellage, Kopf im kleinen Becken, Blase steht; starker Hängebauch, foetale Herztöne normal, Wehenschwäche. Therapie: Aufbinden des Bauches und Vin. Ipecacuanhae; letzteres wirkt nach 15 Minuten. — Geburt und Wochenbett normal.

4) M. Z. 30 a. n. I-para. Geburtstermin normal. Nach dreitägiger Wehenthätigkeit Aussetzen derselben. Sofortige Consultation des Arztes: I. Schädellage. der Kopf tief im kleinen Becken, die kindlichen Herztöne normal. Vin. Ipecacuanhae zeigt nach 20 Minuten den gewünschten Erfolg. — Geburt und Wochenbett normal.

5) A. R. 23 a. n. I-para. Der Mann der Kreissenden giebt an (ambulatorisch), dass die Wehen zwei Tage gedauert hätten und dann vollständig sistirten. Die Anwendung des von mir verordneten Vin. Ipecacuanhae soll nach einer halben Stunde eine energische Thätigkeit des Uterus hervorgerufen haben. — Ich erlaube mir, diesen Fall, trotzdem ich ihn nicht selbst beobachtet habe, anzuführen, da der Berichterstatter auf mich einen durchaus glaubwürdigen Eindruck machte.

6) Frau J. D. 25 a. n. Primipara. Letzte Menses am 4. Jan. 1892. Die Wehen begannen am 15. October 1/23 Uhr morgens. Um 8 Uhr abends ist die Blase gesprungen. Am 16. October 1 Uhr Nachts die erste Untersuchung: I Steisslage, rigide Weichtheile, foetale Herztöne von normaler Frequenz, schwache Wehen. Da die Wehen nicht energischer werden, wird um 2 Uhr Nachts, 2 Uhr 10 Min. und 2 Uhr 20 Min. Vin. Ipecacuanhae zu je 10 Tropfen gegeben. Um 3 Uhr beginnen kräftige Wehen, die allmählig einen fast tetanischen Charakter annehmen. Da bald darauf Asphyxie des Foetus eintritt, wird die Extraction des Kindes unter Chloroformnarkose vorgenommen. Der tetanische Charakter der Wehen lässt unter der Narkose nach und dieselben zeigen normalen Charakter. Infolge atonischer Blutung wird die Placenta mittelst des Credé'schen Handgriffes entfernt. — Das Wochenbett ist normal.

Am interessantesten in Bezug auf die Wirkung des Vin. Ipecac. bei Wehenschwäche erscheint mir Fall 6. H. Stillmark sagt, dass das Vin. Ipecac. normale, nicht tetanische Contractionen des Uterus hervorrufe. (l. c. pag. 175). Ich habe aber gefunden, dass, ähnlich der Wirkung des Secale. der Uterus durch Vin. Ipecacuanhae wohl tetanisch angeregt wird, wenngleich auch die tetanische Wirkung eine schwache ist. Ob die Asphyxie des Kindes, wie bei Secale, hier durch Ipecacuanha veranlasst wurde, wird wohl eine genaue pharmakologische Untersuchung beweisen können. In dem vorliegenden Falle glaube ich annehmen zu können, dass die Asphyxie ihren Grund hatte in der langen Pause zwischen dem Blasensprunge und der künstlichen Entfernung des Kindes (von 8 Uhr Abends bis 6 Uhr Morgens). Bestärkt wird diese Annahme wohl noch durch die 5 anderen Fälle, in denen nach Gebrauch des Mittels weder Asphyxie noch Tod des Foetus eingetreten ist, und glaube ich daher, dass wir in dem relativ unschuldigen Mittel vielleicht in vielen Fällen einen Ersatz finden werden für die Zange, welche ja sonst als radicale Therapie bei Wehenschwäche angeführt wird.

Hoffentlich wird dieser kleine statistische Beitrag die Collegen anregen, das Drapes'sche Verfahren einer weiteren Prüfung zu unterziehen.

Referate.

K. Kelle (Leipzig): Ueber primäre chronische Myocarditis. (Deutsch. Arch. für klin. Medicin. Bnd. 49, Heft 4 u. 5).

Verfasser macht darauf aufmerksam, dass eine primäre chronisch entzündliche Erkrankung des Herzmuskels durchaus nicht so selten auftrete, wie fast allgemein bis jetzt angenommen worden ist. Die Krankheit trifft Leute jeden Lebensalters und kommt grade in der ersten Hälfte des Lebens nicht selten vor, im Gegensatz zur Myocarditis nach Coronarsklerose. Häufig haben die Patienten frühere Infectionskrankheiten durchgemacht, nicht selten jedoch fehlt jede Auskunft über frühere Infectionen. Die ersten Beschwerden sind meist Kurzathmigkeit bei Bewegungen oder nächtliche Anfälle, Husten, Herzklopfen, zuweilen Verminderung der Harnmenge und Anschwellung der Füsse. Das Herz ist in der Regel durch Dilatation vergrössert, wobei häufiger beide Höhlen als eine allein betroffen werden. Das klassische Zeichen der Herzmuskelerkrankung ist die Bewegungsstörung: die Herzaction ist in abnormer Ausdehnung sicht- und fühlbar, meist unregelmässig und ungleichmässig, häufiger beschleunigt als normal oder verlangsamt. Die Zahl der Herzcontractionen wird in der Regel stark von dem psychischen Zustande des Patienten beeinflusst. — Die Verstärkung des Spitzenstosses und die Accentuation der zweiten Töne an der Herzbasis lassen zuweilen schon intra vitam einen gewissen Grad von Hypertrophie der Kammermuskulatur diagnosticiren. — Der auskultatorische Befund ist in den verschiedenen Fällen äusserst verschieden, gewöhnlich wird jedoch als charakteristisch für Myocarditis angegeben, dass man nichts Abnormes hört, höchstens einen dumpfen ersten Ton an der Spitze und verstärkte zweite Töne an den grossen Arterien; zuweilen soll ein systolisches Mitralgeräusch vorhanden sein. — Nie findet man bei vorliegender Art von Myocarditis Zeichen einer peripheren Arteriosklerose, der Puls ist ganz von der Thätigkeit des Herzens abhängig. — Die subjectiven Symptome von Seiten der Kreislaufsorgane sind in den späteren Zeiten der Krankheit in der Regel stark ausgeprägt und erinnern dann an die Beschwerden bei Klappenfehlern. Ebenso sind in schweren Fällen Veränderungen der Lunge, Oedeme, Transsudate in den serösen Höhlen, Stauungen in Leber und Nieren in der bekannten unregelmässigen Reihenfolge zu constatiren. — Die Temperatur ist in leichten Fällen normal, in schweren wird hingegen ein meist hektisches Fieber mit abendlichen Steigerungen bis 40° und zuweilen mit Frösten gefunden.

Bei der Autopsie findet man die Herzen in beiden Ventrikeln erweitert, die Wand der Kammern häufig deutlich verdickt. Endo- und Pericard makroskopisch meist unverändert und das Herzfleisch häufig auffallend weich und gelb, wobei man meist schon makroskopisch eine Anzahl Entzündungsherde sehen kann. Mikroskopisch finden sich stets die Zeichen der Entzündung an Peri- und Myocard, selten auch am Endocard. — Das Myocard zeigt in allen Fällen beträchtliche interstitielle und parenchymatöse Veränderungen: weitverbreitete feinkörnige Verfettung zahlreicher Muskelfasern, wobei hauptsächlich die Fibrillen degenerirt sind, welche nicht in interstitiellen Herden oder um sie herumliegen. Vielfach sind die Muskelfasern ausserdem noch gequollen und trübe, die Querstreifung ist an vielen Stellen undeutlich, sehr oft werden ausgebreitete Kernveränderungen gefunden. Von interstitiellen Veränderungen hat K. 3 Arten gefunden: 1) Rundzelleninfiltrationen zwischen gut erhaltenen Muskelfasern 2) Herde eines ausserordentlich kern- und gefässreichen offenbar noch ganz jungen Bindegewebes innerhalb dessen zahlreiche Ueberreste von Muskelfasern und Muskelkernen mit oder ohne Pigment sich vorfanden, und 3) ausgedehnte faserreiche und kernarme Bindegewebsherde — die bekannten Schwielen. — Zwischen diesen 3 Arten von interstitiellen Wucherungen findet man allerlei Uebergänge, sie stellen offenbar verschiedene Phasen eines einheitlichen pathologischen Processes dar. — Die Arterien der Herzen sind nur in einem Theile der Fälle und auch dann nie in weiterer Ausdehnung erkrankt, häufig sind sie auch innerhalb der Herde vollständig normal. Ueber die ätiologischen Verhältnisse der primären chronischen Myocarditis kann man nur Vermuthungen äussern, doch spricht nichts gegen die Auffassung eines infectiösen Ursprungs vorliegender Krankheit.

Die Diagnose wird aus den Störungen der Muskelthätigkeit die oben beschrieben, gestellt. Bei der Differentialdiagnose gegen Coronarsklerose wäre des Fehlen peripherer Arteriosklerose, das Alter der Kranken und etwaige ätiologische Momente zu berücksichtigen. — Schwierig wird die Sache, wenn muskuläre relative Insufficienzen der Klappen die Myocarditis begleiten,

indess ist der Wechsel in der Hörbarkeit des Geräusches, das völlige Fehlen des Geräusches dazwischen, das Verschwinden nach Digitalisgebrauch beweisend für die muskuläre Natur der Klappenincontinenz. — In einigen Fällen ist man jedoch gezwungen, sich auf Vermuthungen zu beschränken.

C. Tomberg.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Historische Studien aus dem Pharmakolog. Institut der Kaiserlichen Universität Dorpat. Herausgegeben von Prof. Dr. R. Kobert in Dorpat. Band III. Halle a. S. 1893. Verlag v. Tausch u. Grosse.

Als die Universität Dorpat am 12. December 1892 den Festactus zur Feier ihres neunzigjährigen Bestehens abhielt, waren wir uns dessen bewusst, dass unsere Hochschule an einem Markstein ihres Lebensweges angelangt ist, wo sich die Vergangenheit und die Zukunft derselben auf's Schärfste von einander scheiden. Zum ersten Mal wurde die Festrede in russischer Sprache gehalten und der Rechenschaftsbericht des Rectors in der Reichssprache abgelegt, zum Zeichen dafür, dass die Dorpater Universität fortan aufhören soll eine Hochschule mit deutscher Unterrichtssprache zu sein.

In diesem bedeutungsvollen Augenblick ziemt es sich wohl, uns rückschauend das vor Augen zu führen, was die Universität in den 90 Jahren ihres Lebens gearbeitet und geleistet hat, und deshalb begrüssen wir den oben angezeigten III. Band der unter Prof. Kobert's Leitung erscheinenden «Historischen Studien», welcher der Universität Dorpat am Tage der Feier ihres 90jährigen Bestehens als Festgabe dargebracht worden ist, mit aufrichtiger Freude. Denn das Werk enthält als erste Arbeit eine von Dr. A. Grünfeld, Assistenten des Dorpater pharmakologischen Instituts, verfasste Zusammenstellung alles dessen, was die medicinische Facultät der Universität Dorpat vom Jahre 1802 bis jetzt an wissenschaftlichen Arbeiten veröffentlicht hat. So sind die in Dorpat zu Tage geförderten Schatze des Wissens wenigstens für die medicinische Facultät inventarisirt und wir wollen hoffen, dass auch die übrigen Facultäten diesem Beispiel folgen werden, um so ein Denkmal zu stiften, das auch die kommenden Generationen daran erinnern soll, dass Dorpat die Aufgaben erfüllt hat, welche der erhabene Gründer der Universität ihr einst stellte.

Die Grünfeld'sche Arbeit enthält zunächst ein Verzeichniss aller in Dorpat erschienenen medicinischen und pharmaceutischen Dissertationen, deren Zahl sich auf 1112 beläuft, sodann ein Verzeichniss sämmtlicher medicinischer und pharmaceutischer Preisarbeiten und drittens eine Aufzählung aller Arbeiten und Vorträge der Docenten und Professoren unserer Facultät. Es ist eine stattliche Summe von Fleiss und tüchtiger Arbeit, die sich aus der langen Reihe von Titeln herauslesen lässt, und wenn auch nicht alle Arbeiten Meisterwerke sind, wenn sie sich auch vielfach mit dem Urtheil in magna voluisse sat est werden bescheiden müssen, so liefern sie doch Freunden wie Feinden unserer vielbesprochenen Hochschule den Beweis, dass die Dorpater medicinische Facultät einen unparteiischen Vergleich mit ihren Colleginnen in Ost- und Westeuropa nicht zu scheuen braucht.

Als Einleitung zu dem Verzeichniss der Arbeiten der Professoren und Docenten ist eine Zusammenstellung über Geburtsort, Dienstdauer und Lebenszeit aller Mitglieder des Lehrerpersonals der Dorpater medicinischen Facultät gegeben, welche alten wie jungen Schülern unserer Universität gewiss vom grössten Interesse sein wird. Unter den 97 Männern, die in Dorpat als Lehrer der medicinischen Wissenschaften thätig gewesen sind, (von ihnen 68 als Professoren) finden sich viele mit Namen vom besten Klang und noch mehrere, deren Andenken in den Herzen ihrer Schüler mit dankbarer Treue gepflegt wird.

Die zweite Arbeit des Buches liefert die Uebersetzung des Werkes eines bisher noch niemals übersetzten persischen Schriftstellers, Abu Muwaffak bin Ali Harawi, aus dem zehnten Jahrhundert, welche von einem persischen Schüler Koberts, Abdul Chalig Achundow geliefert worden und für die Geschichte der Medicin von hohem Interesse ist.

Beide Arbeiten sind Beiträge zur Culturgeschichte, die eine für die ferne, die andere für die nahe Vergangenheit. Und beide Arbeiten, wie sie jetzt neben einander stehen, mahnen daran, dass Alles, was ist, einst gewesen sein wird, und nur in sofern Werth hat, als es im Stande ist, den Wechsel der Zeiten zu überdauern.

Den zahlreichen früheren Schülern Dorpats, die sich im Kreise der Leser unserer Wochenschrift finden, wird übrigens die Nachricht von Wichtigkeit sein, dass die Grünfeld'sche Arbeit auch als separate Broschüre in nächster Zeit erscheinen wird. Möge sie viele Freunde finden.

Dehio.

V. Ritter von Hacker: Chirurgische Beiträge aus dem Erzherzogin Sophien-Hospital in Wien. Mit 16 Abbildungen. Wien, Alfred Hölder 1892.

Dieses Buch ist Th. Billroth zum Jubiläum seiner 25jährigen Lehrthätigkeit in Wien gewidmet. Es ist klein an Umfang (120 Seiten) aber reich und interessant an Inhalt. Am werthvollsten ist der von v. Hacker selbst gelieferte Beitrag «Zur operativen Behandlung der Pylorusstenosen und der malignen Neoplasmen des Magens». v. H. beschreibt ausführlich 3 Magenresectionen und 4 Gastroenterostomien, die er mit geradezu glänzendem Erfolg ausgeführt hat. Zwei Pylorusresectionen wegen Carcinom sind glatt geheilt, ebenso ein sehr seltener (der zweite) Fall von Resection des Magens wegen Sarcom. Trotzdem $^2/_3$ des Magens entfernt wurden, genas die Patientin und wurde von ihren Beschwerden befreit. Die guten Resultate schreibt v. H. zum Theil der Nahtmethode zu (dünne Seide, dünne Darmnadeln, fortlaufende Mucosanaht, Knopfnähte durch Serosa und Muscularis, eventuell noch Lembert'sche Sicherheitsnähte). Wichtig ist die schnelle Orientirung über die Möglichkeit der Resection durch Betasten der hintern Tumoroberfläche durch einen im kleinen Netz oder im Lig. gastro-colicum gemachten Schlitz. Von den Gastroenterostomien wurden 2 wegen Narbenstenose in Folge von Ulcus ventriculi mit ausgedehnten Verwachsungen (sodass die Pyloroplastik nach Heineke-Mikulicz unausführbar war) mit ausgezeichnetem Erfolg gemacht. Im zweiten Fall wurde zugleich mit Erfolg die Cholecystotomie wegen Gallensteinen gemacht. Für 2 weitere Gastroenterostomien gab carcinomatöse Pylorusstrictur die Indication ab. Ein Fall endete letal in Folge catarrhalischer Pneumonie (nach 6 Tagen), der andere zeigte vollen functionellen Erfolg. Die vom Verf. vor Jahren empfohlene allgemeinbekannte Methode des Gastroenterostomie hat ihm ausgezeichnete Resultate gegeben, sie ist nur dann unausführbar, wenn die hintere Magenwand oder das Lig. gastrocolicum carcinomatös infiltrirt ist. Mit Recht verwirft v. H. die Loreta'sche Operation der benignen Pylorusstrictur. Weiterhin enthält die kleine Schrift die Beschreibung von 5 Gastrostomien nach v. Hacker's Methode, vom Secundärarzt C. Strunz (Sphincterbildung aus dem M. rectus abdominis). Dr. A. Langer beschreibt genau einen äusserst seltenen Fall von innerer Hernie (Hernia ischiadica incipiens), die wegen Incarceration mit Glück operirt wurde, aber leider wegen complicirender Pneumonie nach 5 Tagen zum Tode führte. Dr. J. Hersche schildert einen durch Operation geheilten Fall von Pankreascyste, bei dem sich ganz ungewöhnliche anatomische Verhältnisse ergaben. Endlich berichten Dr. R. Breuer und A. Lindner über Pentalnarcosen. Wenn sie auch das Pental für vorsichtige Anwendung bei kleineren Eingriffen (die längste Narkose dauerte 31 Min.) empfehlen, scheinen doch unangenehme Zwischenfälle auch bei ganz reinem Präparat nicht selten zu sein. Ungefährlich ist das Mittel nicht. Dass auch bei tiefer Narcose die willkürlichen Muskeln nicht erschlaffen, klonische Krämpfe, Opisthotonus eintreten, spricht nicht für das Mittel. Wir empfehlen das gut ausgestattete Buch allen Fachcollegen.

Wanach.

Protokoll der II. Sitzung des vierten livländischen Aerztetages.

Wenden den 14. Sept. 1892, 6 Uhr Nachmittags.

1. a) Vortrag des Herrn A. Mercklin-Riga: **Ueber Hypochondrie** (der Vortrag ist in dieser Wochenschrift veröffentlicht).

b) Herr Ed. Schwarz-Riga als Correferent:

Die Eintheilung der Krankheiten könne nach verschiedenen Principien geschehen. Die üblichen nach der Topographie, den Geweben etc. hätten alle ihr Missliches; die richtigste Eintheilung wäre die nach den Ursachen. Alle Krankheiten nach diesem Principe etwa bei Abfassung eines neuen Handbuches zu ordnen, wäre wohl kaum möglich, da die Medicin in besondere Fächer zerfallen sei, was seinen Grund darin habe, dass die gesammte Medicin in dem Kopfe eines Menschen nicht mehr Platz habe.

In der Neurologie, mit der Vortragender die Psychiatrie zu einem Ganzen verschmolzen wissen wolle, liesse sich eine Eintheilung nach den Ursachen wohl anbahnen, durchführen wohl noch nicht, da unsere heutigen Kenntnisse noch zu mangelhaft sind.

Ein solcher Versuch sei sehr lehrreich. Ursache heisse die Gesammtheit der Bedingungen. Spreche man einfach von der Ursache, so sollte man die «conditio sine qua non» bezeichnen; es sei bei der Tabes z. B. die Syphilis als «conditio sine qua non» zu bezeichnen, die erbliche Belastung, Ueberanstrengung etc. erst in zweiter Linie. Alle Krankheitsursachen könne man in zwei Gruppen theilen, in äussere und innere;

darnach zerfielen die Krankheiten in exogene und endogene je nachdem die Hauptursache eine äussere oder eine innere sei.

Bei den exogenen Erkrankungen kämen qualitativ die verschiedensten Ursachen in Betracht, die Krankheitsbilder seien scharf von einander geschieden. Bei den endogenen Erkrankungen käme nur eine Ursache in Frage, die individuelle nervöse Schwäche — die Entartung; die Krankheitsbilder gingen eines in das andere über.

Wenn man nach diesen Principien vorgehen wolle, so würden einige Erkrankungen, die heute noch als selbstständige Erkrankung gelten und in besonderen Capiteln der speciellen Pathologie der neuesten Lehr- und Handbücher abgehandelt würden, als solche ausscheiden müssen. So finde man noch überall ein Capitel über Epilepsie.

Die Epilepsie sei jedoch ein Symptomencomplex, ein Syndrom, wie die Franzosen sagten, das bei den verschiedensten Krankheiten vorkäme und als Syndrom in der allgemeinen Pathologie abgehandelt werden müsste; in der speciellen Pathologie würde es wieder bei der Degenerescenz, bei den Tumoren des Hirns, beim Alkoholismus, bei acuten Hirnerkrankungen, bei Hirnlues, bei der progr. Paralyse Erwähnung finden. Aehnliche Beispiele findet man in der Psychiatrie; die hallucinatorische Verwirrtheit oder Amentia werde in allen Lehrbüchern als besondere Krankheit beschrieben; sie komme bei den verschiedensten Processen vor; bei Entarteten nach verschiedenen Ursachen, nach Traumen, bei Wöchnerinnen, bei Säufern; auch sie sei ein Syndrom und gehöre in die allgemeine Symptomatologie.

In der speciellen Pathologie müsste sie bei der Degenerescenz, bei den infectiösen Psychosen, bei dem Alkoholismus erwähnt werden. So werde die allgemeine Pathologie umfangreicher aber auch interessant werden.

Von den exogenen Erkrankungen wolle Vortragender für heute absehen. Die endogenen Erkrankungen hätten nur eine allgemeine Ursache, die Entartung; wolle man eine speciellere Eintheilung, so gäbe der Grad der Entartung eine passende Stufenfolge. Es kämen in Betracht: 1) der Blödsinn, 2) der Schwachsinn, 3) die Instabilität; die letzte sei die überaus wichtigste.

Treffe den Instabilen, den Belasteten im Leben kein Leid, sei er auf Rosen gebettet, so bliebe er gesund; doch könnten die verschiedensten Schädlichkeiten die in ihm schlummernde Disposition wecken.

Ein Trauma, Vermögenverlust, eine acute Erkrankung, können bei vorhandener hysterischer Veranlagung hysterische Anfälle erzeugen und bestehen lassen.

Bei vorhandener melancholischer Veranlagung können Kummer, Climacterium etc. eine Melancholie erzeugen. Man habe also zu unterscheiden den stabilen Zustand und die hinzutretenden Symptome, die Syndrome. Als solche sind zu bezeichnen die Manie, die Melancholie, der Grössenwahn, der Stupor; in der Neurologie die Hysterie, die Hypochondrie, die Nervosität, die Migraine, die Neuralgie.

Die Hypochondrie sei also keine selbständige Krankheitsform, sondern ein Syndrom, ein Symptomencomplex, der sich in den verschiedensten Zuständen wiederfinden könne.

Die Erfahrung habe gelehrt, dass sich das Syndrom vielfach ändere, nach dem Grade, der Stufe der Entartung; Schühle, Magnan hätten versucht solches durchzuführen.

Die heute vorgeführten Betrachtungen seien von Möbius zu verschiedenen Malen in ausführlicher Weise besprochen worden.

(Autorreferat).

2. Vortrag des Herrn Treu-Sennen **«Ueber fortschreitende halbseitige Gesichtsatrophie»**.

Nachdem Vortragender das gesammte Krankheitsbild nach der Darstellung desselben in Eichhorst's «Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie» (Ausgabe von 1885) kurz geschildert hat, demonstrirt er der Versammlung seine mitgebrachte Patientin:

Es handelt sich um ein estnisches Bauernmädchen K. P., 30 a. n. wohnhaft unter Hahnhof, das in seiner frühen Jugend immer gesund gewesen ist. Vor ca. 6 Jahren bekam Patientin beim Warten eines ausgelassenen Kindes mit dem Kopfe desselben einen Schlag auf die linke Wange en sprechend der Vorderfläche des Jochbeines. Die Wange schwoll stark an und nach einigen Wochen bemerkte Pat. an der oben bezeichneten Stelle einen hellen weisslichen Fleck von der Grösse einer Fingerkuppe, der im Laufe der nächsten Jahre schwand. Vor ca. 4 Jahren hat Patientin eine allmähliche Verkleinerung ihrer linken Gesichtshälfte bemerkt. Um dieselbe Zeit litt sie an Zuckungen in den Hals- und Unterkiefermuskeln. Ausserdem hatte Pat. zeitweilig einen druckempfindlichen Punkt an der linken Schläfe. Jetzt fühlt sie sich vollkommen wohl und kräftig.

Beim Besichtigen der Pat. fällt schon von Weitem eine deutliche Atrophie der linken Gesichtshälfte auf; in der Mittellinie, besonders von der Nase an abwärts, schliesst die Atrophie mit einer scharfen Linie ab. Nach unten erstreckt sich die Atrophie bis zur Clavicula. Die Haut erscheint im erkrankten Gebiet verdünnt, vollständig des Unterhautfettgewebes beraubt und von zahlreichen Furchen durchzogen. Am Halse finden sich eigenthümliche, jetzt schon etwas bräunlich gefärbte und confluirende Flecken. Die Gesichts- und Halsgruben sind tief eingesunken. Die Lippen sind auf der linken Seite verdünnt und verschmälert, so dass der Mund auf dieser Seite nicht vollständig geschlossen werden kann. Die Contur des Kinnes lässt eine deutliche Verkleinerung des Unterkieferknochens erkennen. Die Alveolarfortsätze stehen linkerseits mehr zurück; ebenso die Zähne. Die Zunge weicht beim Herausstrecken nach links hin ab. Der ursprünglichen Mittellinie entsprechend findet sich eine bogenförmige mit der Convexität nach rechts verlaufende Linie, von welcher aus nach links die Zunge eine beträchtliche Abmagerung und Verkleinerung aufweist. Im Rachen ist eine deutliche Asymmetrie bemerkbar, indem der linke vordere Gaumenbogen bedeutend höher steht, als der rechte. Das linke Ohr ist etwas verkleinert und fühlt sich etwas rigider an, als auf der rechten Seite. An der Nase, am Haupthaar ist kein auffallender Unterschied zwischen der linken und rechten Seite zu constatiren. Sensibilität, Motilität, specifische Sinnesfunctionen und secretorische Vorgänge weisen keine Abweichung von der Norm auf.

Ueber das Wesen der fortschreitenden halbseitigen Gesichtsatrophie geben die spärlichen Sectionsbefunde den sichersten Aufschluss, indem sie eine «trophoneurotische» Grundlage bei dieser Krankheit unzweifelhaft machen. Pisling fand 1850 «an der grössten Convexität der Hirnhemisphäre ein Neugebilde». Ein von Jolly 1872 secirter Fall war mit multipler Herdsclerose combinirt. Mendel endlich fand eine an verschiedenen Stellen verschieden intensive Neuritis interstitialis prolifera (Virchow) in den Aesten des Trigeminus und Radialis; ferner war die absteigende Trigeminuswurzel atrophisch, ebenso die Substantia ferruginea der kranken Seite; endlich fand sich partielle Atrophie in den Ganglienzellen der Vorderhörner im cervicalen Theil des Rückenmarks. (Der Fall betraf eine Frau mit linksseitiger Atrophie des Gesichts und Armes ohne Knochenschwund, cf. Berl. klin. Wochenschrift 1888 p. 385).

Zum Schluss stellt Vortragender folgende Hypothesen auf, durch deren Annahme sich sämmtliche Erscheinungen der fortschreitenden halbseitigen Gesichtsatrophie vollauf erklären lassen.

1. Die Existenz eines specifischen, die Ernährung sämmtlicher Gewebe regulirenden nervösen Apparates ist unzweifelhaft.

2. Es giebt ein besonderes im Gehirne belegenes trophisches Centrum.

3. Die fortschreitende halbseitige Gesichtsatrophie ist auf eine Localerkrankung des Gehirns, durch welche ein bestimmter Theil des trophischen Centrums ausser Function gesetzt wird, zurückzuführen. (Vortragender beabsichtigt die fortschreitende halbseitige Gesichtsatrophie demnächst einer eingehenden casuistischen Bearbeitung zu unterziehen).

(Autorreferat).

3. Vortrag des Herrn Ed. Schwarz-Riga: **«Ueber traumatische Neurosen»**.

An einem Beispiel aus seiner Praxis, das einen Weichensteller der Riga-Dünaburger Eisenbahn betraf, den der Chefarzt obiger Bahn, Dr. Worms, Vortragendem zur Begutachtung und Behandlung überwiesen hatte, bespricht Redner die traumatische Neurose. Er hätte dieses Vielen wohl schon zum Ueberdruss behandelte Thema nicht gewählt, wenn nicht in Landen, wie in unserem ein objectiveres Urtheil möglich wäre, da bei uns ein ähnliches Unfallversicherungsgesetz wie in Deutschland nicht existirt und eine wichtige Veranlassung zur Simulation fortfällt.

An dem vorgeführten Beispiele könne man das von Oppenheim beschriebene Symptomenbild in voller Klarheit sehen. Simulation sei nicht dabei, da Pat. nie Entschädigungsansprüche erhoben, da er nur den lebhaften Wunsch hatte gesund zu werden, da er das ganze Symptomenbild höchstens bei genauer Kenntniss hätte simuliren können, solche ihm aber seinem Bildungsgrade und der hiesigen Verhaltnisse wegen absolut abginge.

Wenn auch Vortragender zugeben wolle, dass einige Symptome simulirt, andere übertrieben werden könnten, so halte er es für höchst unwahrscheinlich, dass der ganze Symptomencomplex simulirt werden könne. Auch sei es kaum denkbar, dass eine Einschränkung des Gesichtsfeldes, die ein hiesiger absolut ungebildeter Weichensteller bei der ersten Untersuchung darbiete, nun genau so simulirt werden solle, wie sie in Deutschland und Frankreich gezeichnet werde.

Mit der Anästhesie verhalte es sich ähnlich; wenn man nach einigen nicht energischen Pinselungen eine Besserung resp. Wiederherstellung der Schmerzempfindung beobachte, so sei doch solches nie ein Beweis für Simulation, in analogen Symptomencomplexen finde man das Gleiche.

Weder sei der faradische Pinsel ein Mittel, mit dem man Simulation entlarven könne (Hoffmann) noch würde etwas damit bewiesen, dass man nachweise, dass jedes Symptom simulirt werden könne. (Wichmann).

Kein einziges Symptom sei für die traumatische Neurose charakteristisch, sondern die charakteristische Verknüpfung von Symptomen, die in anderen Krankheitsbildern auch vorkämen.

Weiter erörtert Vortragender die Frage, wie das Symptomenbild der traumatischen Neurose aufzufassen sei. Als Hysterie es aufzufassen wie Charcot es thue, sei misslich; die Hysterie wäre Vortragendem häufig als grosser Sack erschienen, in den alles mögliche Unbekannte hineingeworfen werde. Nach den in Anschluss an Herrn Mercklin's Vortrag «über Hypochondrie» vom Redner gegebenen Betrachtungen befinde man sich in Bezug auf die Oppenheim'sche traumatische Neurose vielleicht in ähnlicher Lage, wie bei der Neurasthenie.

Vollkommen normal veranlagte Männer können durch riesige Ueberbürdung mit Arbeit das reine Bild der Neurasthenie, der Uebermüdung darbieten, wie es Vortragender mehrmals beobachtet hat; die schädigende Ueberbürdung sei dann immer eine sehr gewaltige gewesen; man sei gezwungen diese Zustände als exogene Erkrankungen aufzufassen; die Symptome der «Nervosität» der Neurasthenischen, kämen ja bei Instabilen täglich zur Beobachtung, wären somit als endogene Zustände aufzufassen. Der Schlüssel für den auf den ersten Blick erscheinenden Widerspruch liege in dem Unterschiede in der erworbenen, individuellen und angeerbten Entartung. — Lasègue habe gesagt, man könne auch von sich selbst erben; es sei doch sehr die Frage ob dieses richtig; es sei ein grosser Unterschied zwischen dem Zustande eines Trinkers und dessen degenerirten Nachkommen.

Derselbe Unterschied bestehe im Symptomenbild der Neurasthenie, den man an einem absolut nicht belasteten Individuum beobachtet, das sich lange stark überanstrengte, und den neurasthenischen Beschwerden, die ein belastetes Individuum zeigt, das nur sehr geringe Schädlichkeit erduldet oder auch garkeine.

Aehnliche Verhältnisse walten bei der traumatischen Neurose ob.

Weiteres Studium werde noch mehr Klarheit in die Sache bringen.

Zum Schluss erörtert Vortragender das Verhältniss der traumatischen Neurose zum Shok; es sei eine weitgehende Analogie vorhanden.

Groeningen schliesses ein vorzügliches Werk über den Shok mit der Bemerkung, dass es der Zukunft aufbewahrt bleibe für das Wort Shok «den die zu Grunde liegende Veränderung bezeichnenden Namen zu finden». Vortragender meint, man käme dem Verständnisse dieser dunklen Dinge näher, wenn man den Shok als acute traumatische Neurose bezeichne. (Autorreferat).

Discussion:

Herr v. Bergmann-Riga: Chirurgischer Shok und traumatische Neurose sind nicht ohne Weiteres in Parallele zu stellen. Der chirurgische Shok folgt doch immer den schwersten Verletzungen, die traumatischen Neurosen betreffen in auffallender Weise vorherrschend leichte Verletzungen; der Shok wird sofort durch die Verletzung ausgelöst, die traumatischen Neurosen entwickeln sich allmählich.

Herr Zoege v. Manteuffel-Dorpat ist anderer Ansicht und stimmt Oppenheim bei, der gerade den Shok in ein gewisses Verhältniss zur traumatischen Neurose setzt. Redner könne nicht zugeben, dass sich Shok und traumatische Neurose so trennen lassen, indem man den einen durch ein grosses, die andere durch ein geringeres Trauma entstehen lasse. Die Neurose trete ebenso nach schweren wie der Shok nach leichten Traumen auf und grade protrahirte Fälle von Shok mit Tremor etc. bilden einen Uebergang zu beiden Formen der Nervenerschütterung. Der Goltz'sche Klopfversuch und jene wiederholten, namentlich rhythmischen Traumen, seien nach ihren aetiologischen Qualitäten nicht zu trennen.

Herr Dehio-Dorpat, macht darauf aufmerksam dass die factische Existenz derartiger nervöser Erkrankungen wie sie in neuerer Zeit als «traumatische Neurosen» beschrieben werden, wohl nicht geleugnet wird, und wohl auch kaum geleugnet werden kann. Wohl aber liegt die Thatsache vor, dass gegenwärtig in Deutschland bei der dort herrschenden publicistischen Oeffentlichkeit jeder Arbeiter mit dem Symptomencomplex der traumatischen Neurose vertraut ist, und dass daher die Simulation dieser Krankheit viel leichter ist und näher liegt als früher.

Die Vermuthung, dass ein grosser Theil der sog. traumatischen Neurosen, die zur ärztlichen Begutachtung kommen, simulirte Krankheiten sind, ist daher leicht zu verstehen; die Schwierigkeit besteht darin, dass die Simulation manchmal sehr schwer, vielleicht auch garnicht von einer echten wirklichen traumatischen Neurose unterschieden werden kann. Daher das Misstrauen der Aerzte gegen Jeden, der die in Rede stehenden Symptome angiebt, und daher das Suchen nach sog. «objectiven Zeichen» der traumatischen Neurose.

Herr Ed. Schwarz-Riga: Gegen die Ausführung des Collegen Bergmann ist anzuführen, dass man die Erscheinungen des Shoks von denen der traumatischen Neurose nach den Argumenten, die College Bergmann anführt, nicht trennen kann. Traumatische Neurosen kommen sowohl nach geringeren, als auch nach sehr gewaltigen Einwirkungen zu Stande. Andererseits kommen die Erscheinungen des chirurgischen Shoks mit tödtlichem Ausgang auch nach sehr geringen «Verletzungen» chirurgischer Natur vor. Man muss die Einwirkung, die wir Trauma nennen in ihre Factoren zerlegen. Meist ist mit dem körperlichen Trauma ein psychisches verbunden, oft ist dieses als das hauptsächlich wirkende anzusehen, und die Betheiligung dieses Factors ist in allen Fällen schwer zu beurtheilen. Als praegnantes Beispiel eines «Shoks», bei dem der somatische «Schlag» ein sehr geringfügiger, der psychische «Schlag» ein grosser, erzählt Redner die Geschichte des Portier's des Kings College in Aberdeen, welcher bei einer von Studirenden improvisirten Scheinhinrichtung durch den Schlag eines nassen Handtuches auf den Nacken sein Leben verlor.

Wie wenig Shok und traumatische Neurosen von einander zu trennen sind, lässt sich an den localen nervösen Erscheinungen bei Verwundungen erkennen die von Pirogoff als Localtorpor, von Fischer als localer Shok bezeichnet werden und dieselben Symptome darbieten, wie sie sich bei den traumatischen Neurosen finden. Sie sind als Bindeglied zwischen beiden aufzufassen und erleichtern das Verständniss dieser schwer zu fassenden Störungen.

Was die Simulationsfrage anbelangt, so möchte Redner anführen, dass nervöse Störungen nach Traumen in Deutschland nicht geleugnet werden, dass man aber die Bezeichnung «traumatische Neurose» als specifisches Krankheitsbild bestreitet. Wenn Vortr. die traumatische Neurose auch nicht als eine selbstständige Krankheitsform, sondern als ein Syndrom aufgefasst wissen will, so hat doch dieses Symptomenbild etwas specifisches, den anderen Syndromen nicht zukommendes. Das Suchen nach untrüglichen Symptomen objectiver Natur ist ein müssiges, das Charakteristische liegt in der specifischen Verbindung von Symptomen, die bei vielen anderen Neurosen und nervösen Erkrankungen auch vorkommen.

Herr Mercklin — Riga hat in den letzten 10 Jahren eine Reihe von traumatischen Psychosen in der Anstalt Rothenberg beobachten können. Hierbei zeigte sich, dass allerdings ein kleiner Theil derselben (meist Fälle nach schwerer Kopfverletzung) etwas Besonderes an sich hatten, es wurden Krankheitsbilder der Art beobachtet, wie sie Wille (Arch. f. Ps. VIII) durch die Art des Erinnerungsdefectes und dessen Rückgang als typische charakterisirt hat. Eine zweite, grössere Gruppe zeigte in Symptomengruppirung und Verlauf nichts Abweichendes von Psychosen anderen Ursprungs.

Aehnlich verhält es sich auch mit den in Bezug auf die psychischen Symptome leichteren Fällen, die Schwarz im Auge hat. Wie Eisenlohr noch jüngst in einer Hamburger Discussion hervorgehoben hat, zeigt ein Theil der Neurosen nach Trauma ganz den von Oppenheim geschilderten Symptomencomplex, doch können häufig auch andere z. Th. leichtere nervöse Störungen dadurch verursacht werden, die sich in Nichts von gewöhnlicher, nicht traumatischer Neurasthenie unterscheiden. Nach psychischem und physischem Trauma kann also sehr Verschiedenartiges entstehen und es ist deshalb nicht richtig, von einer specifischen traumatischen Neurose oder von traumatischem Irresein zu sprechen. Man kann nur im Plural von traumatischen Neurosen oder Psychosen reden. — Der Verdacht dass die Zahl der Simulanten eine grosse sei wird immer wieder dadurch belebt, dass es vielen durch Traumen nervenkrank Gewordenen eigenthümlich ist, die bestehenden Beschwerden zu übertreiben, zu aggraviren.

Aggravation und Simulation müssen aber streng auseinander gehalten werden.

Herr Ed. Schwarz schliesst sich seinem Vorredner vollkommen an. Dass durch Traumen die verschiedensten Dinge erzeugt werden können lehrt die tägliche Erfahrung; er möchte noch auf die localen Neurosen z. B. der Gelenke hinweisen, welche praktisch von der grössten Bedeutung sind.

Herr Truhart weist auf die Bedeutung der Gesichtsfeldeinschränkungen hin. Die auch von Oppenheim vertretene Anschauung, dass concentrische Gesichtseinschränkungen bei negativem ophthalmoscopischem Befunde als characteristisches objectives Kennzeichen für traumatische Neurose als solche anzusehen sei, werde in allerjüngster Zeit von vielen Autoren nicht getheilt. Man neige gegenwärtig mehr der Anschauung zu, dass durch den traumatischen Insult (resp. aber auch nur durch den heftigen Schreck allein) in den Fällen, bei welchen schon eine Disposition dazu vorhanden, «traumatische Hysterie» ausgelöst werde und dass die Gesichtsfeldeinschränkungen mehr als zufällige Theilerscheinungen aufzufassen seien. Sie kämen dann zur Beobachtung, wenn der reflexhemmende Einfluss des Centralorgans auf die Gefässnerven an und für sich abgeschwächt und in Folge dessen die locale Gefässerregbarkeit erhöht sei.

Durch den traumatischen Insult werde alsdann local Erweiterung der Gefässe (locale Reflexneurose) herbeigeführt, welche

letztere die Sehnervenfasern drücken und vorübergehend. ohne dauernde trophische Störungen herbeizuführen, die centripetale Nervenleitung derselben erschweren oder aufheben. Manchmal von längerer Dauer schwinden solche Gesichtsfeldeinschränkungen bei Hysterischen häufig ebenso plötzlich, wie sie auftauchen. Da nun dieselben bei dem Syndrom der Hysterie fast ausnahmelos doppelseitig aufzutreten pflegen, so wäre es von Interesse zu erfahren, ob in dem von Dr. Schwarz referirten Falle der traumatischen Neurose es sich um einseitige oder doppelseitige Gesichtsfeldeinengungen gehandelt habe.

Herr Schwarz: Die Gesichtsfeldeinschränkung entsprach dem bei Hysterie gewöhnlichen Typus und war auf beiden Augen gleich. Nach 14tägiger Behandlung mit dem faradischen Pinsel war das Gesichtsfeld um einige Grade weiter.

Herr Grabbe-Goldingen: Bei Frankl-Hochwart in Wien habe ich Gelegenheit gehabt, eine Reihe von traumatischen Neurosen zu untersuchen. Als objectives Symptom der traumatischen Neurosen kann man Gesichtsfeldeinschränkungen nicht ansehen. Letztere finden sich ausschliesslich bei den Formen, die unter dem Bilde der Hysterie einhergehen und zeigen dann ebenfalls eine Uebereinstimmung mit Störungen der Hautsensibilität. Wie Mercklin hervorhebt, verläuft ein Theil der traumatischen Neurosen unter dem Bilde der Neurasthenie und in den Fällen finden sich keine Gesichtsfeldeinschränkungen. Eine Untersuchung mit dem Chromatometer ergab stets dasselbe Resultat wie der Perimeter.

4. Herr Kiwull-Wenden demonstrirt die **electrische Durchleuchtung des Magens.**

5. Vortrag des Herrn Krüger-Dorpat: **«Ueber die Ursachen der primären oder essentiellen Anaemie.»** (Der Vortrag ist in dieser Wochenschrift veröffentlicht).

Discussion.

Herr Dehio-Dorpat: Es wäre interessant zu erfahren, ob bei den experimentell zu erzeugenden Anaemien, welche Herr Krüger im Auge hat, auch Normoblasten und Megaloblasten im Blute vorkommen, da diese Gebilde allein für den schweren, perniciösen Charakter der Erkrankung sprechen, während die Poikilocytose auch bei secundären Anaemien und Kachexien vorkommt, die nicht so bösartig sind. Was die Pathogenese der essentiellen und schweren Anaemien anbelangt, so ist für einen grossen Theil derselben anzunehmen, dass sie durch chemisch und toxisch wirkende Substanzen hervorgerufen werden, die zerstörend auf die Blutkörperchen wirken und aus dem Darm und vielleicht auch aus den übrigen Körpergeweben ins Blut resorbirt werden könnten. Eine genaue Kenntniss solcher Substanzen besitzen wir bis jetzt freilich nicht, und daher lässt sich über die Provenienz und Entstehung derselben nichts Sicheres aussagen.

Herr Rosen-Neuenhof fragt an, ob Herr Krüger seine Theorie nur auf Fälle von eigentlicher essentieller Anaemie bezogen wissen will, oder auch auf die Fälle von anaemischen Zuständen bei Malariakachexie ausdehnt, oder ob er hier eine chemische Pathogenese durch Wirkung auf die rothen Blutkörperchen annimmt.

Herr Krüger: Die Anaemie bei Malariakachexie gehört nicht in die angeführte Gruppe; hier handelt es sich um eine Erkrankung der Milz selbst.

Die Ausführungen Herrn Dehios betreffend, erwähnt Vortr., dass reine Milzzellen im Stande sind, in der vorher durch andere Milzzellen entfärbten Haemoglobinlösung Blutfarbstoffe wieder aufzubauen. Das Auftreten von Megaloblasten spricht eher für, als gegen die vom Vortr. angeführte Hypothese, es erscheint secundär als gesteigerte Regeneration und Neubildung rother Blutkörperchen durch das Knochenmark.

6. Vortrag des Herrn Zoege v. Manteuffel-Dorpat: **«Ueber Rheumatismus».**

Eine Reihe von gleichartigen Erkrankungen der unteren Extremität, die unter der Diagnose Rheumatismus, Hysterie, Neuralgie, Gelenkleiden zur Beobachtung kamen, veranlassten Redner, bei der Analogie der Symptome dieser Fälle mit den Prodromalerscheinungen spontaner Gangraen jüngerer Leute, seine Aufmerksamkeit auf die Circulationsverhältnisse zu richten. Dabei fanden sich in der That stets Störungen im arteriellen System bis zur Pulslosigkeit.

Daneben auffallende Blässe der Füsse und locale Oedeme.

Immer entsprachen die gefundenen Circulationsstörungen in ihrer topographischen Vertheilung den subjectiven Beschwerden. Die zugehörigen pathol. Veränderungen ergaben sich aus dem Befunde bei wegen arteriosclerotischer Gangraen amputirten Extremitäten.

Verengerung der Arterien durch Endothelwucherung, Gefässverschluss durch organisirte Thrombose bis in die Art. digitales seien die hauptsächlichsten Veränderungen, die sich hier fänden. Die Capillaren zeigten normales histologisches Verhalten. Diese pathologisch-anatomischen Bilder erklärten die Symptome bei der Erkrankung, Herabsetzung oder Fehlen des Pulses, locale Oedeme, durch Verlangsamung des Blutstromes in den Capillaren. Wenn der Gewebstod als Schlussact den Rheumatikern erspart bleibe, so sei das wohl zurück zu führen auf eine geringere Schädigung der Collateralcirculation und der vis a tergo, des Herzens.

Die in Rede stehenden Erkrankungen fänden sich vorwiegend beim weiblichen Geschlecht, während wiederum die Gangraen hauptsächlich bei Männern vorkomme.

Die Symptome des Rheumatismus, der Arteriosclerose der unteren Extremitäten liessen dieses Leiden scharf umgrenzen gegenüber der Phlebosclerose, mit der jedoch wohl auch Combinationen vorkommen könnten. Irrthümer in der Diagnose seien in dem oben angeführten Sinne nur möglich, wenn man die Untersuchung der Circulationsverhältnisse vernachlässige.

Prophylaktisch seien als Schädlichkeiten alle jene Momente zu berücksichtigen, die nach Thoma die Elasticität der Gefässwand alteriren. Alcohol, Witterungswechsel etc., ebenso alle Schädigungen der Herzaction seien zu meiden. Bilden sich Thromben, was mit subjectiver Exacerbation und Oedemen einhergehe, so sei Ruhe und Hochlagerung nicht zu umgehen. Das Sitzen und Stehen müssen solche Kranke wegen der hier stattfindenden Belastung der Gefässwand meiden. Zu empfehlen sei Gehen und Liegen. Direct warnen müsse Redner vor warmen Umschlägen, die diese Kranken garnicht vertragen und namentlich vor der hier so beliebten Massage, im Anschluss an welche sich sofort Verschlimmerung, ja erneute Thrombose zeige. Therapeutisch seien Nauheim und Kissingen zu empfehlen. Auch der Schlamm unserer baltischen Bäder empfehle sich in vielen Fällen.

Imitationen der oben erwähnten Soolbäder beeinflussten die Oberflächencirculation ebenfalls günstig, wenngleich sie natürlich lange nicht die Wirkung der Orginale zeigten. — —

(Autoreferat).

(Der Vortrag ist in extenso im Langenbeck'schen Archiv für klin. Chirurgie erschienen).

7. a) Vortrag des Herrn Dehio-Dorpat: **«Ueber die Bradycardie der Reconvalescenten».**

In einer früheren Arbeit über Bradykardie (Petersb. medic. Wochenschr. 1892 Nr. 1) hat Redner nachgewiesen, dass die Verlangsamung der Schlagfolge des Herzens, welche bei schweren organischen Erkrankungen des Herzens, besonders bei Aortenklappenaffectionen und bei Coronararteriensclerose beobachtet werden, als eine Ermattung des automatisch motorischen Apparats des Herzens aufgefasst werden müssen und nicht durch eine Erregung der die Herzthätigkeit verlangsamenden Vagusfasern bewirkt werden: denn wenn man in solchen Fällen durch eine subcutane Atropininjection die Vagusendigungen im Herzen lähmt, so lässt sich dadurch keine Beschleunigung der Herzfrequenz erzielen. Es war nun von Interesse auch diejenige Form der Bradykardie, welche als „vorübergehende Störung zuweilen nach acuten fieberhaften Infectionskrankheiten zurückbleibt, und als Bradykardie der Reconvalescenten bekannt ist, nach derselben Richtung zu untersuchen. Dabei ist Redner zu folgenden Resultaten gelangt:

1. Die Bradycardie der Reconvalescenten ist häufig mit grösseren oder geringeren Erscheinungen der Herzschwäche, elendem Puls, allgemeiner Prostration und mit Arhythmie der Herzthätigkeit verbunden. Durch geistige und körperliche Anstrengungen, (Kopfrechnen, Aufsitzen, Aufstehen), welche beim Gesunden nur eine geringe Beschleunigung der Herzthätigkeit bewirken, wird im Zustande der Bradykardie eine weit über das Normale hinausgehende Steigerung der Pulsfrequenz bewirkt. Das bradycardische Herz ist also abnorm erregbar und deshalb können wir die Bradycardie der Reconvalescenten als reizbare Schwäche des Herzens definiren.

2. durch Atropin wird die Bradykardie der Reconvalescenten wenig oder garnicht beeinflusst; sie beruht mithin nicht auf einer Erregung des Vagus, sondern ist cardialen Ursprungs. Die Ursache derselben muss in einer directen Schädigung des automatischen Bewegungsapparates des Herzens durch den vorhergegangenen infectiösen Krankheitsprocess gesucht werden.

3. Die Frage, ob anatomische Veränderungen des Herzens (Myocarditis?) der Reconvalescentenbradycardie zu Grunde liegen, oder ob es sich blos um giftige, das Herz afficirende Wirkungen und Nachwirkungen der specifischen Toxine handelt, die durch den infectiösen Krankheitsprocess erzeugt wurden, muss dahin gestellt bleiben, da bei der günstigen Prognose der Affection eine Entscheidung durch die anatomische Untersuchung des Herzens nicht erwartet werden kann.

(Autorreferat).

(Der Vortrag erscheint in anderer Form in der «Deutschen Zeitschrift für klinische Medicin»).

b) Herr Hampeln-Riga, als Correferent.

(Der Vortrag ist in dieser Wochenschrift veröffentlicht).

Discussion:

Herr Dehio: Wenn der Vorredner die Bradykardie der Reconvalescenten als eine «physiologische» bezeichnet, so kann das vielleicht auf die leichten Fälle ohne sonstigen Störungen passen, aber wohl nicht auf die schweren mit Symptomen der Herzschwäche verbundenen Fälle Anwendung finden.

Herr Hampeln constatirt zunächst mit Befriedigung, dass beide Vortragenden bei verschiedenem Ausgangspunkt zu dem gleichen Resultate von der Abwesenheit irgend welcher peripherer extracardialer Hemmungswirkungen gelangt seien.

In Betreff der Frage, ob die Bradycardie der Reconvalescenten physiologischer oder pathologischer Natur sei, hat er für einige Fälle letzteres zugestanden. Uebrigens sei zu bemerken, dass Herr Dehio den Begriff der Reconvalescenten-Bradycardie, und zwar ganz richtig, enger auffasse, als üblich sei und wie etwa seitens Riegel's und Grob's geschehe. Auch nach seiner Beobachtung ist die Bradykardie der Reconvalescenten im eigentlichen Sinne ein seltenes Symptom und wo sie vorkam, schien die Annahme berechtigt, es sei das erkrankte Individuum nach dieser Richtung veranlagt, wofür die Bradycardie im ganzen Krankheitsverlauf in einzelnen Fällen sprach.

Auszug aus den Protokollen

des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 16. November 1892.

1. Dr. Amburger fordert die anwesenden Collegen auf, einen Herzkranken zu untersuchen, der sich augenblicklich im Augenhospital in Behandlung befindet und bemerkenswerthe Erscheinungen darbietet.

A. B. 19 Jahre alt, ist von Kindheit an schwächlich gewesen, hat nicht recht laufen können und blieb bei jeder Körperübung durch Ermüdung zurück. Mit 10 Jahren wurde er ins geistliche Seminar abgegeben, mit 14 fing er an, an zunehmender Schwäche in Händen und Füssen zu leiden; im 15. Lebensjahre verbrachte er 2 Monate im Lazareth des Seminars wegen allgemeiner Schwäche, im 16. Jahr trat er ins Marienhospital, wo er fast ein Jahr in Behandlung war. Das Hospital verliess er angeblich gebessert, blieb aber wegen eingetretener Augenkrankheit ganz arbeitsunfähig. Im Winter 1891 besuchte der Patient Dr. Amburger mehrere Mal, seitdem verlor letzterer ihn aus dem Auge und hat er ihn vor einem Monat etwa wiedergesehn. Der Befund am heutigen Tage ist der gleiche wie vor einem Jahr.

Die Toleranz des Kranken gegen das stürmische Herzklopfen ist erstaunlich, er hat seit 3 Jahren keinen Arzt consultirt, dem Vortragenden wurde er vom Collegen Dr. Schröder zugeschickt; nur das «Klopfen im Kopf» beim Liegen fällt dem Patienten manchmal lästig.

Patient ist äusserst mager, die Hautdecken sind ziemlich blass, aber nirgends cyanotisch gefärbt. Die Verdauung ist gut. Die Lungen gesund. Nirgends Oedeme, der Harn enthält kein Eiweiss.

Der Thorax ist rhachitisch deformirt; das Sternoclaviculargelenk links ist aufgetrieben, desgleichen die Knorpelenden der unteren Rippen, eine leichte seitliche Depression der linken Thoraxwand ist vorhanden. Am Circulationsapparat ist in die Augen fallend eine systolische Einziehung mehrer Intercostalräume, vor Allem des 5., hier besonders praegnant die Stelle des Herzstosses in der Mamillarlinie. Im Epigastrium fühlt man mit seltener Deutlichkeit zwischen processus xiphoideus und linkem Rippenbogen den Stoss des sich kugelig vorwölbenden rechten Herzens. Der Arcus Aortae mit den Hauptarterien ist mächtig erweitert, der Truncus anonymus pulsirt sicht- und fühlbar im 2. rechten Intercostalraum, stark pulsiren die erweiterten Subclavien und die Carotiden. In der Fossa jugularis ist der erweiterte Bogen der Aorta fühlbar. Das Herz ist bedeutend hypertrophirt, doch geht nach links weder Dämpfung noch Herzstoss über die Mamillarlinie hinaus. Das Herz ist frei beweglich bei jeder Seitenlage, folglich existirt keine Verwachsung der pericardialen Blätter oder des Pericards mit der Brustwand. Die Auscultation ergiebt ein lautes diastolisches Geräusch über der Aorta und fortgeleitet in den grossen Arterien; der systolische Herzton ist nirgends ganz rein.

Der Puls an der Radialis ist von mässiger Spannung, nicht voll und schnellend; der Puls an der Cruralis entschieden zu klein für die Hypertrophie des linken Ventrikels.

Dr. Amburger meint, dass die Annahme einer Insufficienz der Aortenklappen, die vielleicht nur eine relative ist, allein nicht genügt, das Krankheitsbild zu erklären, da die charakteristischen Erscheinungen am Puls der mittleren und kleinen Arterien fehlen; er glaubt vielmehr, dass vielleicht eine angeborene Enge des Isthmus Aortae vorliegt, die die mächtige Erweiterung des Arcus Aortae und ihrer Aeste erklären würde; allerdings fehlen collaterale Bahnen, es kann daher die Verengung nur eine mässige sein, doch wird solche Stenosen geringen Grades beobachtet worden und wird vielfach zugegeben, dass der Nachweis collateral ausgedehnter Gefässe zur Vereinigung der aufsteigenden Aorta mit der absteigenden mitunter nicht zu erbringen ist.

Die Toleranz des Kranken gegen das angeborene Circulationshinderniss hörte um die Zeit der Pubertät und bei höheren Ansprüchen des Lebens an das Herz auf, und es bildete sich, ohne schwere acute Vorgänge, der Circulationsfehler zu dem hohen Grade aus, wie der Patient ihn jetzt darbietet. Die Compensation wird jedoch durch die Hypertrophie des Herzens zunächst vollkommen geleistet, Pat. bewegt sich frei ohne Beschwerden, äussert keine Klagen, nirgends sind Oedeme aufgetreten.

Dieser Fall beweist ausserdem, dass die hier sicher fehlende Streckung des Aortenbogens die Ursache der systolischen Einziehung ist, da die Contraction des linken Ventrikels mit excessiver Kraft geschieht und keine pericardialen Verwachsungen das systolische Vorwölben der Herzspitze im Intercostalraum behindern. Controllirt man bei Palpation des rechten Herzens im Epigastrium oder des Truncus anonymus oder des Arcus Aortae gleichzeitig mit dem Auge den 5. Intercostalraum, so differiren die pulsatorischen Bewegungen anscheinend um eine Herzphase, d. h. dem Stoss an den angegebenen Stellen entspricht die Einziehung des Intercostalraumes, nicht die Vorwölbung desselben. Bei tiefem Druck jedoch auf die Stelle, wo die systolische Einziehung am grössten ist, im 5. Intercostalraume in der Mamillarlinie, fühlt man den wirklichen Choc, den Stoss der Herzspitze, dem gleich darauf die Einziehung folgt, also im Verlauf der Systole des Herzens; sicht- und fühlbar praesentirt sich gleich darnach die diastolische Vorwölbung, das Zurückprallen des Herzens, im 5. Intercostalraum. Deutlich vermehrt wird die Einziehung des Intercostal raumes durch die Inspiration und während der Dauer der respiratorischen Ausdehnung des Thorax: dass die systolischen Einziehungen deutlicher während der Inspiration als während der Exspiration sind, ist ein Befund, den verschiedene Beobachter wahrgenommen haben. (Autorreferat).

2. Dr. Dombrowski stellt einen 36jährigen Patienten vor, dem er im April des Jahres ein Lymphosarcom der linken Submaxillargegend, das sehr rasch gewachsen war und auf die Parotisgegend übergegriffen hatte, operativ entfernt hat. Es musste die Parotis entfernt und die Geschwulst mitsammt dem Periost vom Unterkieferknochen abgenommen werden, worauf sie sich leicht von den grossen Gefässen abpräpariren liess. Seitdem sind 5 Monate vergangen und bis jetzt ist kein Recidiv eingetreten. Freilich ist das nur eine verhältnissmässig kurze Spanne Zeit, doch verliert man die Fälle des Hospitals leider später aus den Augen. Aus seiner Privatpraxis hat Dr. D. jedoch mehrere Fälle eine Reihe von Jahren hindurch beobachten können, die nach Sarcomexstirpationen recidivlos geblieben sind; so zwei Fälle von Mammasarcom, der eine jetzt 6, der andere 7 Jahre nach der Operation recidivfrei; desgleichen ein Bruder der letzteren Patientin nach Entfernung eines Lyphosarcoms der linken Axillargegend vor 6 Jahren. In einem vierten Falle, einem Sarcom des Oberschenkels, hatte Dombrowski im Januar 1885 die Exstirpation der Geschwulst an der Grenze des mittleren und oberen Drittheils vorgenommen. Es war ein Recidiv eingetreten und sollte im März wieder operirt werden. Auf einer Consultation mit den DDr. Kernig, Tiling, Monastyrski und Wulff einigte man sich dahin, dass nur die Exarticulation im Hüftgelenke in Frage kommen könne, worauf der Patient jedoch nicht einging. Infolge dessen wurde bloss weit im Gesunden zum zweiten Male exstirpirt. Darauf erfolgte neues Recidiv und musste im September nochmals operirt werden. Als dann die Geschwulst wieder recidivirte, wurde von Dombrowski im Juni 1886 dermassen vorgegangen, dass er die ganze Muskulatur an der äusseren Seite des Oberschenkels und zum grossen Theile an der vorderen Fläche desselben entfernte. Nach anstandsloser Heilung ist dann weiter kein Recidiv erfolgt. Pat. geht jetzt sehr gut trotz der ausgiebigen Entfernung der Muskulatur und stützt sich nur leicht mit dem Stocke. Weiter hat D. im Jahre 1890 einem Herrn am Ende der 60. Jahre ein Sarcom der Schilddrüse entfernt; derselbe ist bis jetzt gleichfalls gesund. In einem sechsten Falle hat D. vor 7 Jahren ein Sarcom der Parotis operirt. Nach der Operation war Facialislähmung eingetreten, die sich jedoch später restaurirte. Bis zum Sommer dieses Jahres war Pat. noch ganz gesund; in letzter Zeit soll, wie Dr. Masing mittheilt, derselbe sich nicht ganz wohl fühlen, doch ist es fraglich, ob die Beschwerden auf ein Recidiv zu beziehen sind. Alle diese Fälle ermuthigen sehr zu consequentem operativen Vorgehen auch bei weit vorgeschrittenen Sarcomen.

3. Dr. Tiling theilt die Fortsetzung der Krankengeschichte der ersten der beiden von ihm in voriger Sitzung des Vereines besprochenen Fälle mit, welcher zu Irrungen Veranlassung gegeben hatte. Die noch immer fortbestehenden Beschwerden — Schmerzen in der rechten Seite, Fieber, Oligurie und Anurie, welche in letzter Zeit dazwischen mit Polyurie abwechselten liessen doch die frühere Diagnose von Nierensteinen am wahrscheinlichsten erscheinen. Infolge dessen schritt nun T. am 28. October 1892 in Gegenwart von Dr. Assmuth zur Nephrotomie von hinten mit dem Lumbalschnitt. Dieser Operation schickte er jedoch eine Laparotomie voraus, um sich definitiv über das Verhalten der Gallenblase und der Nieren zu orientiren. Es fanden sich leichte Adhäsionen zwischen dem Netz und den Eingeweiden als Folge der vorausgegan-

genen Cystotomie. Von Steinen in der Niere nichts durchzufühlen. An der schwach mit Galle gefüllten Gallenblase konnte man die Nahtstelle sehen. Nun wurde die Bauchhöhle wieder geschlossen, die Wunde zugenäht. Darauf folgte der Lumbalschnitt. Die Niere erwies sich als nur noch schwach fixirt durch die frühere Operation. Sie liess sich bis über das Nierenbecken hinaus befreien; das Becken war ganz frei, es liessen sich keine Steine in denselben durchfühlen. Da sich aber dennoch Steine in den Kelchen verstecken können, so öffnete Tiling die Niere von hinten mit einem 7—8 Ctm. langen Schnitte. Die Corticalis gab wenig Blutung, in der Tiefe sprudelten die Arterien etwas stärker. Man fand nun im Nierenbecken, welches etwas eng war keine Steine, trotzdem die Oligurie und Anurie mit folgender Polyurie dafür gesprochen hatten. Die Nierenwunde wurde darauf durch 3 beinahe durch die ganze Niere dringende Nähte geschlossen, worauf die Blutung vollständig stand. Trotzdem dadurch fast ein Drittheil des Nierenparenchyms ausser Action gesetzt wird, ging die Urinsecretion gut vor sich, etwa 450 Ctm. täglich, also mehr als in der letzten Zeit vor der Operation. Nach 6 Tagen wurden die Nähte entfernt. Obgleich anfangs Temperaturerhöhungen beobachtet wurden und Pat. 1½ Tage an Chloroformübligkeit gelitten, hat sich dieselbe jetzt vortrefflich erholt und spürt jetzt keine Schmerzen mehr an der rechten Seite des Unterleibes.

Dr. Kernig ist mit der Indication für die Operation in diesem Falle nicht einverstanden; er hält die Pat. für hysterisch und vermisst eine genaue therapeutische Untersuchung und klinische Beobachtung mit Aufstellung eines Budgets für den Aus- und Eingang der Flüssigkeiten, vor Allem jedoch eine Nervenuntersuchung durch einen Specialisten. Solche Fälle könnten auch anders erklärt werden. So litt eine Frau Jahre lang an Oligurie. Sie entleerte nur einige Hundert Cm. täglich, ohne sonstigen Hinweis auf Nierensteine. Desgleichen ist die Ursache des Fiebers oft schwer zu eruiren. In einem Falle, wo eine Patientin wochenlang mit 40° C. fiebernd im weiblichen Obuchow-Hospitale lag, konnte K. nebst einigen anderen Collegen trotz wiederholter Untersuchungen nicht hinter die Ursache des Fiebers kommen. Schliesslich starb sie. Bei der Section fanden sich in beiden Nieren zusammen 5—6 haselnussgrosse eingedickte abgekapselte Käseheerde, ferner frische Miliartuberculose im trigonum Lieutaudi und kleine nicht tuberculöse Ulcerationen an der Epiglottis. Solcher versteckter Ursachen fürs Fieber giebt es aber sehr viele.

Dr. Tiling theilt zur Ergänzung mit, dass die Patientin, welche durch ihren vielmaligen Aufenthalt im klinischen Heleneninstitut eine cause célèbre geworden war, dortselbst im Laufe der Zeit von verschiedenen Therapeuten, darunter auch Specialisten für Nervenkrankheiten untersucht worden ist, ohne dass sich ein Anhaltspunkt für eine andere Erkrankung finden liess. Im Gegentheil drängte sich bei Allen der Verdacht auf Nierensteine auf. Die Patientin hat hoch gefiebert, hat Oligurie und Anurie aufgewiesen mit starker Abmagerung, so dass im August 1891 sogar ein chirurgischer Eingriff aufgegeben werden musste. Ausserdem sei Eiter im Urin nachgewiesen worden, sowohl beim ersten als auch beim zweiten Aufenthalte im Hospitale zu je einem Male, ein dicker Eiterbodensatz wurde auch während des letzten Hospitalaufenthaltes constatirt. Eine so hochgradige Oligurie, so lange dauernd, könne er sich durch nervöse Zustände hervorgerufen nicht denken. Freilich hat die Pat. wenig getrunken. Ausschlaggebend für die letzte Operation sei vor allen Dingen das dringende Verlangen der Pat. gewesen, von ihrem langdauernden qualvollen Zustande befreit zu werden.

Dr. Assmuth fügt noch hinzu, dass von Israel und Guyon Fälle mitgetheilt sind, wo genau nach denselben Indicationen operirt worden ist, wo kein veränderter Urin vorlag, nur mikroskopisch nachweisbare Blutkörperchen, und wo dennoch beim Schnitt Steine im Nierenbecken gefunden wurden. Die Operation sei ausserdem ungefährlich, da jetzt nach Guyon und Anderen nicht mehr von dem Nierenbecken aus gespalten wird, sondern von hinten, um eine Fistel zu vermeiden.

D. z. Director: Dr. C. v. Lingen.
Secretär: Dr. Jalan de la Croix.

Vermischtes.

— Der bekannte Pariser Chirurg Prof. Péan, welcher im 63. Lebensjahre steht, hat die Leitung des Hospitals St. Louis, die er lange Jahre inne hatte, niedergelegt.

— Der Director der II. medicinischen Klinik in Berlin, Prof. Gerhardt, ist seit dem Beginn dieses Jahres in das Herausgeber-Collegium der «Münchener medicinischen Wochenschrift» eingetreten.

— An die Stelle des verstorbenen Professors Th. Meynert, ist der berühmte Hallenser Psychiater, Prof Ed. Hitzig, an die Wiener Universität berufen worden; derselbe hat aber, wie verlautet, den Ruf nicht angenommen.

— Der bekannte Moskauer Kliniker, G. A. Sacharjin ist, wie Kiewer Blätter berichten, mit seinem Assistenten auf ein Gut im Skwiraschen Kreise, (Gouv. Kiew) zu der kranken Frau des Gutsbesitzers Tereschtschenko eingeladen worden und soll bei freier Reise für die Visite 14,000 Rbl. erhalten haben. Seinem Assistenten sind 2000 Rbl. gezahlt worden. Dass Herr Tereschtschenko übrigens Geld in Ueberfluss hat, beweist auch schon der Umstand, dass er die von Prof. Sacharjin verordnete Arznei aus Kiew per Extrazug abholen liess.

— Ordensverleihungen: Der St. Annen-Orden I. Cl. Dem Inspector und Oberarzt des Golizyn-Hospitals in Moskau, wirklichen Staatsrath Dr. N. Stukowenkow. Der St. Wladimir-Orden III. Classe: dem Professor der Chirurgie, wirkl. Staatsrath Dr. Lewschin in Kasan und dem Professor der Pharmacie, Menthien in Warschau, — dem Oberarzt des Moskauschen Findelhauses, wirkl. Staatsrath Dr. N. Müller, dem Gehilfen des Oberarztes des Golizyn-Hospitals in Moskau, Staatsrath Inojew, dem Arzt der Schule des Ordens der heiligen Katharina in St. Petersburg, Staatsrath Russow, dem älteren Arzt des St. Petersburger Marienhospitals, Staatsrath A. Aikanow. Den Stanislaus-Orden I. Classe: Dem Professor der gerichtl. Medicin in Moskau, wirkl. Staatsrath J. Neiding, dem Professor der Syphilidologie in Kiew, wirkl. Staatsrath M. Stukowenkow und dem ausseretatmässigen Professor der Histologie und Embryologie in Kiew, wirkl. Staatsrath Peremeschko.

— Befördert: Zum Geheimrath — das Mitglied des Conseils des Ministers der Volksaufklärung, Prof. emer. Dr. J. Lasarewitsch. Zum wirklichen Staatsrath — Die Professoren Saleski (Pharmakolog) und Jassinski (Gynäkolog) in Charkow; — Prof. Tauber (Chirurg) in Warschau; — der Professor der Zootomie u. Physiologie am Dorpater Veterinär-Institut, Dr. A. Rosenberg; die Gouvernements-Medicinal-inspectoren v. Schlichting (Orenburg) und Sarin (Moskau).

— Ernannt: Der Oberarzt des Wilnaschen Militärhospitals wirkl. Staatsrath Dr. Memorski — zum Corpsarzt des 18. Armeecorps und der Oberarzt des Dünaburger Milit.-Hospitals Staatsrath Dr. v. Reutlinger — zum Oberarzt des Wilnaschen Militärhospitals.

— Verstorben: 1) Am 22. December in Riga Dr. Theodor v. Dieterich im 81. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Kurland und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1830—35 Medicin studirte. Nach Absolvirung des Arztexamens begann er seine Praxis in Frauenburg (Kurland) und war dann successive Arzt zu Kreuzburg (Gouv. Witebsk), 1847—54 zu Kamenka und Alexandrowka (Gouv. Kiew), 1854—57 zu Mitau, 1857—60 zu Alt-Auz (Kurland). Seit dem Jahre 1860 war Dr. Dieterich Gutsbesitzer in Kurland (Jumprauweeten) lebte aber in der letzten Zeit meist in Riga. Der lettischen literärischen Gesellschaft gehörte er als Ehrenmitglied an. 2) In Greifswald der Senior der dortigen medicinischen Facultät, Prof. Dr. Eichstedt, im 76. Lebensjahre. Vor 40 Jahren wurde E. Professor und las als solcher anfangs über Geburtshülfe und Kinderkrankheiten, später über Hautkrankheiten und Syphilis. 3) in Wien Dr. Ludw. Seeger, welcher auf dem Gebiete der Heilgymnastik und Orthopädie seit Decennien fruchtbar thätig war, im 62. Lebensjahre.

— Am 9. Januar n. St. beging der berühmte Kieler Chirurg, Prof. Friedrich v. Esmarch, seinen 70. Geburtstag in voller körperlicher und geistiger Frische. Die Verdienste Esmarch's um die Chirurgie, namentlich seine trefflichen Werke, wie das Handbuch der kriegschirurgischen Technik, die «Chirurgische Technik», sein Handbuch der Krankheiten des Mastdarmes, sind ja allgemein bekannt.

Vacanzen.

1) Für den Kreis Krassny (Gouv. Smolensk) wird ein Landschaftsarzt für den 3. Sanitätsbezirk auf ein Jahr (vom 1. Jan. 1893 gerechnet) gesucht. Gehalt 1500 Rbl.; Wohnsitz im Centrum des Dossugowschen Gemeindebezirks. Die Meldung wird baldmöglichst erbeten in der «Краснинская Земская Управа».

2) Im Kreise Ossa (Gouv. Perm) ist die Stelle des Arztes im 4. med. Bezirk erledigt. Wohnsitz im Kirchdorf Bogorodsk, wo ein Krankenhaus mit 10 Betten vorhanden ist. Gehalt 1500 Rbl. bei freien Fahrten. Adresse: «Осинская Земская Управа».

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 19. Januar 1893.

Tagesordnung: Dr. E. Anders: Ueber die Topographie des antrum mastoideum bei Kindern im Hinblick auf die Trepanation des Felsenbeins.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 11. Januar 1893.

Дозв. ценз. Спб. 9 Января 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 3 St. Petersburg, 16. (28.) Januar **1893**

Ueber «Osteo-Arthropathie hypertrophiante pneumique».

Vortrag mit Krankenvorstellung, gehalten den 12. September 1892 in der medicinischen Gesellschaft zu Wilna.

Von

Dr. L. Stembo.

Da ich gerade jetzt eine Kranke in meiner Behandlung habe, die an einer Osteo-Arthropathie, die Pierre Marie unter dem im Titel angegebenen Namen beschrieben hat, leidet, und da bis jetzt, so viel ich weiss, bei uns kein einziger Fall dieser Krankheit beschrieben worden ist, so will ich diese Gelegenheit benutzen, die Kranke Ihnen vorzustellen und zu gleicher Zeit einiges über dieses Knochen-Gelenkleiden hinzuzufügen.

Dieser Fall ist auch sonst interessant, da die bis jetzt in der französischen, deutschen und englischen Literatur mitgetheilten Fälle, 27 an der Zahl, mit einer Ausnahme (Heinr. Schmidt,) nur Männer betreffen, während mein Fall der zweite an einem weiblichen Individuum beobachtete ist.

Im Januar 1890 publicirte der oben genannte Autor[1]) eine sehr interessante Arbeit über eine hypertrophirende Osteo-Arthropathie, die meistens im Verlauf von manchen Lungenkrankheiten als Folgeerscheinung sich einstellen soll. Der eigentliche Zweck seiner Arbeit war nicht eine neue Krankheitsform zu schaffen, sondern nur die von ihm sogenannte Akromegalie «von Thatsachen, die ihr nicht gehören, zu befreien» (débarrasser le champ de l'acromégalie de faits qui l'encombraient puisqu'ils ne lui appartiennent pas).

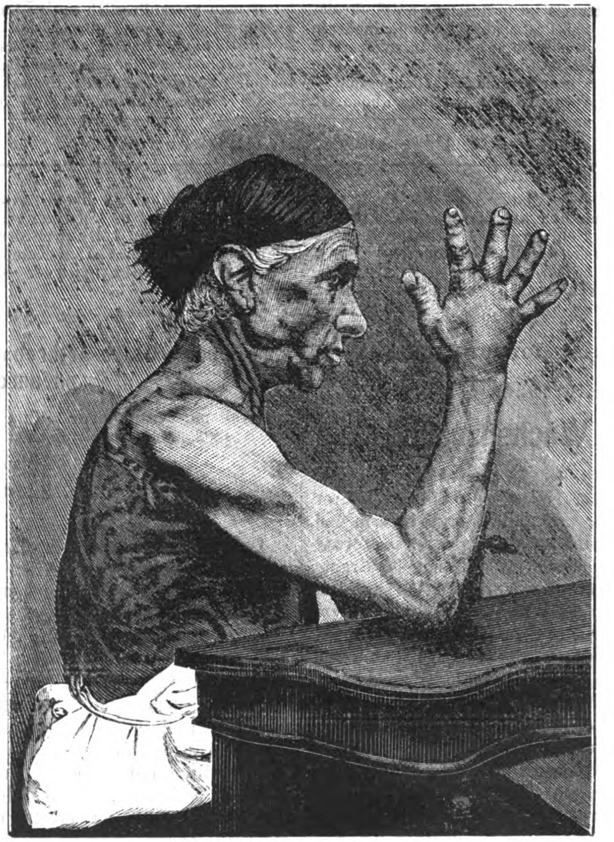
Dass diese Affection der Gelenke und Knochen schon längst vor der Beschreibung Marie's existirt hat, versteht sich von selbst, nur dass sie in vielen Fällen ohne Beachtung blieb oder fälschlich zu anderen von den Autoren beschriebenen ähnlichen Leiden zugezählt wurde: so wurde

[1]) Revue de Médicine 1890, Nr. 1.

sie von Manchen zu der Paget'schen Osteitis deformans, von Anderen zum chronischen Rheumatismus, von Dritten als Hyperostose des ganzen Skelets gezählt und beschrieben.

Nachdem aber 1886 die Akromegalie von Marie[2]) beschrieben war, fand sich eine ansehnliche Reihe von Osteo-Arthropathie-Fällen unter den als Akromegalie veröffentlichten, so die Fälle von Friedreich-Erb, Sandby, Elliot, Fräntzel, Ewald, Kenner und Gerhardt

Dass solche Autoritäten diesen Fehler begehen konnten, besonders Gerhardt, der die Arbeit Marie's über Osteo-Arthropathie kannte und doch die Trennung derselben von der Akromegalie nicht zulassen will zeigt uns, dass die Sache nicht so einfach ist. Darüber aber später mehr. Gleich nach der genannten Publication Marie's erschienen Beschreibungen von Arthro-Osteopathie-Fällen von Spillmann[3]) und Haushalter, Orillard,[4]) Rauzier,[5]) Bamberger,[6]) Heinrich Schmidt[7]) und Möbius.[8]) Besonders interessant ist die Arbeit Lefebvres[9]) über diese Krankheit, der sie als «Déformations Osteo-Articulaires consécutives à des maladies de l'appareil pleuro-pulmonaire» bezeichnet. Was die Symptomatologie dieses Leidens betrifft, so sehen wir in allen Fällen desselben eine sehr ansehnliche Vergrösserung der Hände und Füsse; an den stark vergrösserten Fingern sind es besonders die Endphalangen, die eine auffallende Verdickung zeigen und stark vergrösserte, manchmal uhrglasförmige (en verre de montre), rissige, quergestreifte Nägel besitzen. Diese Endphalangen mit den überragenden Nägeln erinnern, von der Seite gesehen, an Papageienschnäbel. Die Verdickung der letzten Fingerglieder brachte den Fingern den Namen «Trommelschlägel» ein. Die Metacarpo-carpalgegend ist in der Länge wenig verändert, ist aber stark verdickt und verbreitert; dieses Theiles wegen hauptsächlich wird die Hand von den Autoren als tatzenförmig bezeichnet.



Osteo-Arthopathie.

Das Hand- und Fussgelenk ist ebenfalls ein wenig vergrössert. An der Hypertrophie nehmen auch die unteren Theile der Vorderarme und der Unterschenkel theil. An den Zehen beobachten wir dieselben Veränderungen wie an den Fingern d. h. sie haben ebenfalls an Breite und Dicke merklich zugenommen, viel weniger in der Länge; besonders an der grossen Zehe sind diese Veränderungen in die Augen springend. Auch an den Füssen ist die Tarso-metatarsalregion die am wenigsten der Form nach veränderte. Am Fussgelenke ist die Verdickung von einer Seite nach der andern am beträchtlichsten. Auch die übrigen Gelenke des Körpers bleiben nicht unbeeinflusst von diesem Processe.

Es ist möglich, dass auch die bald zu besprechende Kyphose von einer Veränderung der Intervertebralgelenke abhängig ist.

Auch die übrigen Theile der Vorderarmknochen und der Unterschenkel nehmen an der Hypertrophie theil, in viel geringerem Maasse der Oberarm und Oberschenkel. Nicht nur die Knochen der Extremitäten participiren an dieser Vergrösserung sondern auch die Knochen des Rumpfes: so die Schlüsselbeine besonders an ihrem Akromialende und an der Scapula ist es die Schultergräte, die verdickt ist.

Am Hüftbein ist wenig zu bemerken, vielleicht ist der Kamm etwas dicker als normal.

Das Brustbein, wie auch in manchen Fällen die Rippen, sind ebenfalls verdickt gefunden worden. Von manchen Autoren ist eine Hypertrophie der Wirbel constatirt worden, von der vielleicht in der grössten Mehrzahl der Fälle die Kyphose abhängt. Der Sitz dieser Kyphose ist bei diesen Kranken der untere Brusttheil und der Lendentheil der Wirbelsäule. Manchmal gesellt sich zur Kyphose ein gewisser Grad von Skoliose. Infolge der unteren Rückgratverkrümmung und der Verdickung des Sternums ist eine, wenn auch nicht sehr starke, Hervorwölbung an der vorderen Thoraxwand zu bemerken.

Eine retro-sternale Dämpfung, die von Erb und Ewald gefunden wurde, wird in allen übrigen Fällen nicht erwähnt.

Was Kopf- und Gesichtsknochen betrifft, so ist ausser einer unbedeutenden Verdickung der Oberkieferknochen nichts Wesentliches zu bemerken, die Nase ist nur wenig verändert, Unterkiefer und Zunge sollen ganz unverändert bleiben. Auch die Stimme bleibt ganz unbeeinflusst.

Bei manchen soll noch eine Verlängerung und Verdickung der Ohren und der Augenlider beobachtet worden sein. Eine Erweiterung der Ausführungsgänge der Talgdrüsen am Gesichte und eine stärkere Schweissabsonderung auf der Rückenfläche der dritten Phalangen, wie

[2]) Revue de Méd. 1886, Nr. 4.
[3]) Revue de Méd. 1890, Nr. 5.
[4]) Revue de Méd. 1892, Nr. 3.
[5]) Revue de Méd. 1891, Nr. 1.
[6]) Zeitschr. für kl. Med. Bnd. XVIII Nr. 3 und 4, 1890.
[7]) Schmidts Jahrbücher 1891, Nr. 6 p. 270.
[8]) Münchener med. Wochenschr. 1892, Nr. 23.
[9]) Des déformations osteo-articulaires consécutives à des maladies de l'appareil pleuro-pulmonaire. Paris, 1891.

auch manche Veränderungen an der Haut des ganzen Körpers, sollen ebenfalls vorkommen.

Bei der Hypertrophie der obengenannten Körpertheile sind am meisten die Knochen betheiligt, aber auch die Weichtheile, besonders in der Umgebung der Gelenke, wo die Haut oft oedematös geschwollen ist, bleiben nicht unverändert.

Die Entwickelung der Krankheitssymptome ist keine continuirliche, sondern sie macht kürzere oder längere Pausen, im Verlauf derer die Schwellungen geringer werden, aber die Theile doch nie auf ihre normale Grösse zurückgehen.

Subjectiv klagen solche Kranke über Schmerzen in den Gelenken, über unangenehme Gefühle oder Schmerzen während der Bewegung derselben. Auch sind die Fingerspitzen nicht selten der Sitz von Parästhesien. Ein Gefühl von Brennen in der Haut wie auch eine Erhöhung oder Verminderung der Sensibilität sind von manchen Beobachtern verzeichnet.

Manche dieser Kranken leiden an Polyphagie und Polydipsie.

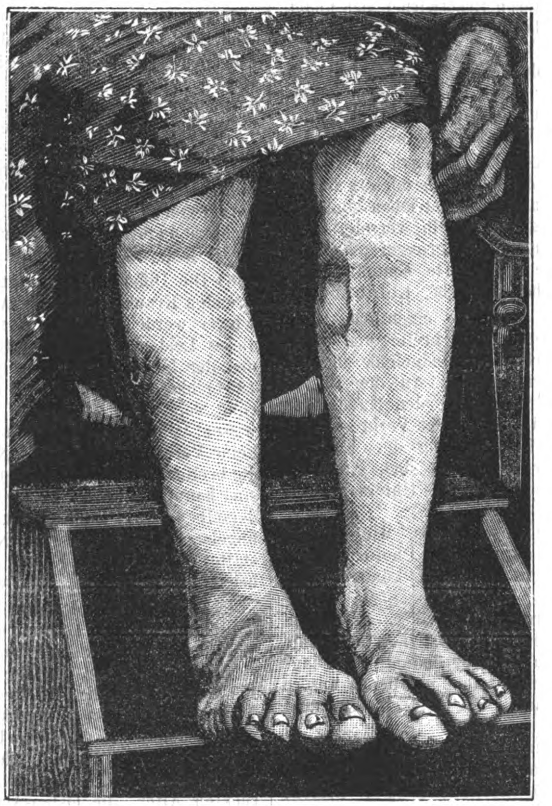
Der Urin soll viel Phosphate enthalten und manches Mal alkalisch reagiren.

Die speciellen Sinne sind intact. Keine Kopfschmerzen, keine besonderen Augenstörungen mit Ausnahme einer unbedeutenden Herabsetzung der Sehschärfe, keine Störungen von Seite der Genitalsphäre, kein Prognathismus.

Die Sehnenreflexe, besonders die Patellarreflexe, sind von einigen verstärkt, von anderen herabgesetzt gefunden worden.

Da die Osteo-Arthropathie keine Krankheit sui generis ist, so ist es verständlich, dass ihre Intensität und ihr Verlauf von der Primärerkrankung abhängig ist.

Die Prognose hängt ebenfalls ganz von der Grundkrankheit ab, ja der Process ging in einem Falle ganz zurück, nachdem es gelang die eitrige Pleuritis, die die Osteo-Arthropathie hervorrief, zur Heilung zu bringen (Moussous). Auf einige differentialdiagnostische Punkte werde ich, nachdem ich Ihnen die Kranke vorgestellt habe, zurückkommen.



Osteo-Arthopathie.

Nun wollen wir sehen, wie weit unsere Kranke in den Rahmen des Ihnen kurz nach Lefebvre skizzirten Bildes hineinpasst.

S. Sch. ist zur Zeit (September 1892) 56 Jahre alt. Sie stammt aus einer vollkommen gesunden, wohlgestalteten jüdischen Familie. In derselben sind weder Alkoholmissbrauch, noch Syphilis, noch Schwindsucht, noch irgend welche Nervenkrankheiten vorgekommen. Die Menstruation begann im 16 Jahre und war immer regelmässig. Mit zweiundzwanzig Jahren verheirathete sie sich mit einem in allen Beziehungen gesunden Manne. Aus dieser Ehe sind sechs ganz gesunde Kinder entsprossen. Einmal abortirte sie.

In Folge ihrer Beschäftigung war sie immer dem Einflusse der Witterung ausgesetzt und zog sich deswegen oft Lungenkatarrhe zu. Vor 6 Jahren laborirte sie an einer Lungenentzündung. Gleich darauf fing sie an, Schmerzen in manchen Gelenken, hauptsächlich in Hand- und Fussgelenken zu verspüren, wie auch Kribbeln und Brennen in den Fingerspitzen —, dabei wurde schon von ihr eine Volumszunahme der Hände und Füsse, besonders der Finger nud Zehen bemerkt. Zu dieser Zeit (Juli 1887) suchte sie zuerst meine Hülfe nach. Als ich sie damals zum ersten Mal sah hielt ich sie für einen Fall von beginnender Akromegalie.

Seitdem wurde sie verschiedentlich behandelt mit Elektricität, See- und salinischen Bädern. Darauf liessen die Schmerzen nach, aber ihre Krankheit progressirte bis sie den Zustand erreichte, in dem Sie die Kranke vor sich sehen.

Als ich im Anfange des Jahres 1890 die Schilderung der Osteo-Arthropathie von Marie gelesen hatte, erinnerte ich mich dieser Kranken, konnte sie aber nicht finden; der Zufall wollte es, dass sie vor vier Monaten an einer Nephro-Pneumonie erkrankte und mich zu sich bat, wodurch ich Gelegenheit hatte, sie wieder näher zu untersuchen und sie Ihnen vorzustellen.

Frau Sch. ist von etwas unter mittlerer Grösse und mittlerem Körperbau mit blasser bräunlich verfärbter Haut, die weich und elastisch ist; auf Druck bleiben keine Spuren zurück. Das Fettpolster ist sehr gering, die Musculatur schlaff. Die Schleimhäute sind ebenfalls blass. Der Gesichtsausdruck traurig. Sprache, Intelligenz und Psyche normal.

Appetit und Durst gewöhnlich. Stuhlgang retardirt. Keine vermehrte Urinabsonderung. Bei mehrfacher Untersuchung des Harns ist weder Zucker noch Pepton und in der letzten Zeit kein Albumen gefunden worden. Haut- und Sehnenreflexe erhöht. Die faradische und galvanische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven, mit dem Normalinductionsapparat und mit dem Hirschmann'schen aperiodischen Galvanometer untersucht, wurde ganz unbedeutend herabgesetzt gefunden, doch nirgends eine Spur von EaR. Der Leitungswiderstand erwies sich als etwas vermindert.

Wenn wir die Kranke etwas näher betrachten, so finden wir an dem Kopftheil ihres Schädels nichts Bemerkenswerthes, am Gesichte aber sehen wir starkes Hervorragen der Backenknochen, die Nase ist auch sichtlich vergrössert. Der Unterkiefer tritt nicht so stark hervor, obwohl die Zähne des Unterkiefers die des Oberkiefers ein wenig überragen. Die Parotis beiderseits vergrössert, ebenso die Ohrmuscheln.

Zunge und Zäpfchen in allen Dimensionen vergrössert.

Die Epiglottis, Aryknorpel und Stimmbänder bieten nichts Abnormes.

Die Untersuchung der Augen ergiebt Folgendes: unbedeutende Röthung der Bindehaut, Augenbewegungen normal, Spannung der Bulbi ebenfalls, Pupillen reagiren prompt, Cornea beiderseits rein, an der Iris nichts Auffallendes. Die lichtbrechenden Medien sind durchsichtig. Netzhaut und Papilla optica beiderseits von normaler Farbe, Grenzen der Papillen deutlich. Am Halse ist ausser der beinahe vollkommen fehlenden Schilddrüse nichts Bemerkenswerthes. Die Schlüsselbeine scheinen stark verdickt zu sein.

Am oberen Theile des Sternums keine Dämpfung. Der Brustkorb, besonders der untere Theil desselben ist seitlich zusammengedrückt, der untere Abschnitt des Brustbeins ragt stark hervor und bildet so einen vorderen flachen Buckel, während hinten eine ebensolche Krümmung in der Gegend der unteren Brustwirbel sich findet.

Die Brustdrüsen sind schlaff und ihre Warzen verhältnissmässig gross.

Die Herzdämpfung ist infolge der emphysematös entarteten Lungenränder schwer zu bestimmen. Die Herztöne sind rein, der zweite Pulmonalton stark accentuirt. Milz, Leber wie die übrigen Unterleibsorgane normal.

Unsere besondere Aufmerksamkeit erregen die Hände, die wahre Tatzen (spade-like) darstellen, besonders sind es die Endphalangen, die kolbenartig aufgetrieben sind und mit grossen gekrümmten rissigen Nägeln versehn sind. Diese verdickten Fingerbeeren mit den grossen gebogenen Nägeln erinnern an Papageienköpfe (le contour d'une tête de perroquet avec son bec recourbé, Lefebvre).

Bei unserer Kranken ist auch die eigentliche Hand sichtlich vergrössert, besonders ist sie breiter und dicker als normal. Dasselbe gilt auch vom Handgelenk und der unteren Partie der Vorderarmknochen. An den Füssen sind dieselben Veränderungen, wie an den Händen zu constatiren, d. h. ebenfalls eine merkliche Vergrösserung der Zehen mit besonderer Entwickelung der Endphalangen, die trommelschlägelartig verdickt sind. Auch hat das Fussgelenk wie der untere Theil des Unterschenkels an Dicke zugenommen.

Viele der übrigen Gelenke des Körpers, wie Sie an der Kranken selbst wie auch an mehreren Photographien, die ich circuliren lasse, leicht erkennen können, sind nicht normal geblieben,

Sie sehen also, meine Herren, dass wir es mit einem typischen Fall von der sogenannten Osteo-Arthropathie zu thun haben, doch will ich zur Begründung der Diagnose eine Reihe von Krankheitsformen, mit denen unsere Kranke irgend welche Aehnlichkeit hat, in Betracht ziehen:

1) Bei Myxödem sind nur die Weichtheile, aber nicht die Knochen verdickt. Die Haut ist schwer verschiebbar, hart, gespannt und ödematös geschwellt. Das Gesicht ist rund (en pleine lune), die ödematös aufgetriebenen Augenlider halten die Augen zur Hälfte geschlossen, die Nasolabialfalte ist gänzlich verstrichen. Keine Krümmung der Wirbelsäule. Auch der Geisteszustand ist ein ganz anderer: alle geistigen Functionen sind träge. Das Denken und Handeln dieser Kranken ist schwerfällig.

2) Bei der Leontiasis ossea handelt es sich um wahre Hyperostosen der Schädel- und Gesichtsknochen, die Extremitäten aber zeigen keine Hypertrophie.

3) Die Knochenverdickung bei der Osteitis deformans von Paget befällt am stärksten den Schädel und die langen Röhrenknochen, die einer ansehnlichen Krümmung unterliegen und den Kranken nicht selten an das Bett fesseln. Hände, Füsse und das Gesicht sind bei dieser Krankheit wenig verändert.

4) Die Elephantiasis arabum wird leicht von der Osteo-Arthropathie unterschieden werden können, wenn man in Betracht zieht, dass sie meistens in den Tropen vorkommt, hauptsächlich die untere Hälfte und sehr oft nur eine Seite des Körpers befällt. Betroffen werden nur die Weichtheile, die unförmlich werden und das dreifache Volumen erreichen können.

5) Der chronische Rheumatismus und der Pseudo-Rheumatismus von Bouchard zeichnen sich von der Osteo-Arthropathie durch die stärkere Schmerzhaftigkeit, durch die grössere Heftigkeit der entzündlichen Erscheinungen, durch die Acuität des Verlaufes hauptsächlich aber durch das Fehlen von Verdickungen an den Endphalangen aus.

6) Die Syphilitischen Hyperostosen befallen grössten Theils die Diaphysen der Knochen und ziehen keine Verunstaltungen der Finger nach sich.

7) Die von Weir-Mitchell zuerst im Jahre 1872 [10]) als selbstständige Krankheit und dann im Jahre 1878 [11]) auf Grund von sechs eigenen und fünf in der Literatur von ihm gesammelten Beobachtungen ausführlicher beschriebene Erythromelalgie, die in einer meistens bei Potatoren und Hysterischen vorkommenden Lähmung der Vasomotoren, wodurch eine blau-rothe Färbung und eine bedeutende Schwellung der Extremitäten zu Stande kommt, besteht, unterscheidet sich von der Osteo-Arthropathie durch livide Färbung der Haut, durch starke Schmerzhaftigkeit, — durch Sensibilitäts — und Coordinationsstörungen in den befallenen Theilen, aber hauptsächlich dadurch, dass hier die Finger viel dicker an ihrer Basis als an den Spitzen sind.

8) Die Differentialdiagnostik zwischen der uns interessirenden Krankheit und der Akromegalie wird uns nicht schwer werden, da wir zusammen zwei typische Fälle dieses Leidens hier in der Gesellschaft untersucht haben und der letzte gerade vor einem Jahre (den 12. Sept. 1891) hier vorgestellte Fall Ihnen gewiss noch in Erinnerung sein wird. Bei der Akromegalie sind, wie Sie wissen, die Hände im Ganzen vergrössert, zeigen aber keine Verunstaltungen, die Nägel sind eher zu klein für die breiter gewordenen Finger: bei der Osteo-Arthropathie sind hauptsächlich die Finger, besonders die Endphalangen derselben, die trommelschlägelartig aufgetrieben und mit ungeheuer grossen rissigen Nägeln versehen sind, verunstaltet. Die unteren Enden der Vorderarmknochen sind bei der Akromegalie nicht verdickt.

Die kyphotische Verkrümmung nimmt bei der Akromegalie den unteren Hals- und den oberen Brusttheil der Wirbelsäule ein, während bei der Ostitis arthropathica sie die untere Brust- und die Lendenwirbelsäule einnimmt. Bei der Akromegalie sind die Bewegungen frei, die Glieder können vollkommen gestreckt werden, die Gelenke sind nicht schmerzhaft und ihre Umgebung frei von ödematöser Schwellung. Die Akromegalie befällt meistens jugendliche Individuen — nur selten Personen im vorgerückten Alter, die Osteo-Arthropathie — meistens Personen in vorgerücktem Alter, sehr selten jugendliche Individuen. Auch die Aetiologie ist bei beiden eine verschiedene: bei der Akromegalie sollen es Menstruationsstörungen, bei der Osteo-Arthropathie sollen es Erkrankungen der Brusthöhle (Bronchitis, Empyem, Phthise, Carcinom der Lunge (Marie, Ewald) Syphilis (Heinrich Schmidt) und nervöse Einflüsse (Möbius) sein. Auch in Bezug auf die Prognose sind beide Leiden verschieden: die Akromegalie ist der Therapie unzugänglich und führt unaufhaltsam zum Tode, die Osteo-Arthropathie aber kann gebessert werden (Schmidt) oder ganz geheilt werden (Moussous). Zur weiteren Differenzirung beider Krankheitsformen will ich Ihnen die an der Ihnen im vorigen Jahr vorgestellten an Akromegalie leidenden Pat.

[10]) Philadelphia Med. Times 1872, S. 81 u. 113.
[11]) Amer. Journ. of the med. sc. 1878, L XXI, 1.

und an dieser Kranken, sowie auch an Normalpersonen gewonnenen Masse einiger Körpertheile vorführen:

	Normale mittlere Grösse. Millim.	Osteo-Arthropathie. Millim.	Akromegalie Millim.
Körperlänge	1495	1500	1560
Grösster Horizontalumfang des Kopfes	520	530	610
Gerader Kopfdurchmesser	182	180	200
Mento-parietaler Durchmesser	210	210	248
Mento-occipitaler Durchmesser	200	2(0	250
Querdurchmesser zwischen den Process. mastoid	135	136	145
Querdurchmesser zwischen den tubera parietalia	150	150	153
Gesichtshöhe (Kinn-Nasenwurzel)	105	120	160
Schädelhöhe (Nasenwurzel-Scheitelhöhe)	130	130	150
Circumferenz über Kinn und Occiput	565	580	690
Entfernung der Nasenwurzel von den Haaren	60	60	73
Entfernung der Stirnhaare vom Kinn	158	170	210
Breite des Mundes	45	50	60
Breite der Zunge in der Mitte	50	60	80
Dicke der Zunge in der Mitte	8	13	15
Entfernung des Unterkiefergelenks vom Kinn	112	135	145
Entfernung der Unterkieferwinkel von einander	100	110	120
Umfang des Unterkiefers (von einem Winkel zum anderen über das Kinn passirend)	190	215	246
Circumferenz des Halses zwischen Zungenbein und Schildknorpel	305	330	445
Umfang des Thorax	780	830	1080
Länge des ganzen Arms	675	695	720
Länge des Oberarmes	270	270	280
Länge des Vorderarmes	245	255	—
Länge der Hand	160	180	180
Länge des Mittelfingers an der Handfläche	75	90	82
Länge des Mittelfingers an der Dorsalseite	90	110	105
Länge des kleinen Fingers an der Dorsalseite	55	64	62
Breite der Hand	80	94	108
Umfang des Mittelfingers	64	78	88
Umfang des Daumens	69	80	90
Umfang des kleinen Fingers	55	68	72
Umfang des Handgelenks in der Höhe der Proc. styloidei	145	190	210
Umfang des Vorderarms (mittlerer Theil)	205	190	285
Umfang des Oberarms (mittlerer Theil)	230	222	235
Länge des Nagels am Mittelfinger	—	16	11
Länge des Nagels am Daumen	—	16	14
Breite des Nagels am Mittelfinger	—	22	21

	Normale mittlere Grösse. Millim.	Osteo-Artheopathie. Millim.	Akromegalie Millim.
Breite des Nagels am Daumen	—	26	25
Länge des ganzen Beines	780	785	840
Länge des Oberschenkels	365	370	375
Länge des Unterschenkels	350	360	400
Höhe des Fusses	65	50	65
Länge des Fusses	225	256	265
Umfang der Fussspanne	300	350	390
Grösster Umfang des Fusses	235	280	302
Grösste Breite des Fusses	80	105	125
Umfang der grossen Zehe	85	108	130
Umfang der kleinen Zehe	57	75	85
Länge des Nagels der grossen Zehe	16	22	12
Breite des Nagels der grossen Zehe	23	24	30
Umfang des Oberschenkels in der Mitte	450	430	510
Grösster Umfang des Unterschenkels	320	310	402
Umfang des Unterschenkels oberhalb der Malleoli	230	260	308

Was die Pathogenese dieses Leidens betrifft, so hält es Marie für sehr wahrscheinlich, dass sich im Respirationsapparat unter dem Einfluss von Mikroorganismen ein Stoff bildet, der in die Circulation geräth und von dort nach gewissen Knochentheilen und Gelenken, auf die er einen besonderen Einfluss ausübt (exerce une action élective), transportirt wird und so die Osteo-Arthropathie hervorruft.

Als pathologisch-anatomischer Befund werden Carcinose, Tuberculose, eitrige Pleuritis und Bronchoektasie (Bamberger) angegeben.

Was die Knochen betrifft, so sollen nach Lefebvre Verdichtungsprocesse in den äusseren, und Lockerungsvorgänge in den inneren Schichten der Knochen unter lebhafter Betheiligung des Markes, das in den centralen Theilen der fettigen Degeneration verfällt, zu constatiren sein. In chemischer Beziehung sollen die Knochen solcher Kranken sehr reich an Magnesiumsalzen sein.

Therapeutisch muss gegen die Grundkrankheit eingeschritten werden und wenn diese unheilbar ist, so ist auch von der Therapie gegen Osteo-Arthropathie nicht viel zu erwarten.

In diesem Vortrage habe ich Ihnen gewissenhaft die Meinung der französischen Autoren, die in dieser Sache ja sehr competent sein sollen, wiedergegeben. Ich will Ihnen aber nicht verhehlen, dass mir dabei doch einige Zweifel aufgestiegen sind, ob dem wirklich so sei, dass die Osteo-Arthropathie und die Akromegalie so grundverschiedene Krankheitsformen sind und sich so schroff entgegenstehen.

Sie haben ja gehört, dass manche englische und deutsche Autoren Fälle von Osteo-Arthropathie als Akromegalie beschrieben haben, dass Erb[12]) und Gerhardt[13]) noch jetzt den von Marie zwischen diesen beiden Leiden gemachten Unterschied nicht zugeben wollen. Wenn wir die angegebenen Maasse näher betrachten, so finden wir auch bei dieser Kranken eine Vergrösserung aller Akra der Hände, Füsse, der Zunge, des Unterkiefers, nur der Kopftheil des Schädels ist bei ihr nicht vergrössert.

Auch das Verhältniss zwischen Körperhöhe und Fusslänge ist dasselbe wie bei der Akromegalie. Näheres

[12]) Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Heidelberg, 18.—24. September 1889.
[13]) Berliner kl. Wochenschrift 1890, Nr. 52.

darüber haben Sie in meinem Vortrag [14]) über Akromegalie gehört.

Darum, meine Herren, denke ich, dass es sich, wenn nicht in allen, so doch in vielen Fällen der Osteo-Arthropathie um gewisse Grade von Akromegalie, welche durch verschiedene Einflüsse: manche Lungenaffectionen, Syphilis, nervöse Einflüsse, Veränderungen unterlagen, wie wir sie nachher bei der Arthritis osteopathica finden, handelt. Sollte die Osteo-Arthropathie wirklich nur als deuteropathische Erscheinung bei manchen Lungenleiden entstehen, müsste sie viel häufiger, als bis jetzt der Fall war, vorkommen. Dass manche Symptome der Akromegalie bei dieser Affection fehlen oder anderswo ihren Sitz haben, kann uns doch nicht abhalten an die Akromegalie zu denken, denn bei welcher Krankheitsform sind in jedem Falle alle Krankheitssymptome zugegen und in gleicher Weise ausgesprochen? Es kann ja auch zu einer schon existirenden Krankheit eine zweite sich hinzugesellen, wodurch die erste in ihrem Aussehen und Verlauf modificirt wird. Ich will mich aber dabei nicht länger aufhalten, und will nur meine Gedanken angedeutet haben. Die Zukunft wird uns das Richtige lehren.

Referate.

Dr. Albert Hammerschlag: Eine neue Methode zur Bestimmung des specifischen Gewichts des Blutes. (Zeitschrift für klinische Medicin. XX. Band. 1892).

H. theilt uns in einer kurzen Abhandlung eine von ihm in der letzten Zeit angewandte Methode zur Bestimmung des specifischen Gewichtes des Blutes mit. Sie beruht auf dem schon früher von Lloyd Yones (Ref. in Schwalbe-Hofmann, Jahresbericht über Anatomie und Physiologie 1887) angegebenen Gesetze, dass ein Körper, welcher in einer Flüssigkeit eben schwimmt, das gleiche specifische Gewicht wie diese Flüssigkeit haben muss. Als Flüssigkeit verwendete H. eine Mischung von Benzol und Chloroform, weil beide sich mit Blut nicht mengen. Das specifische Gewicht des ersteren ist 0,899, das des letzteren 1,526. Ein Bechergläschen von circa 1 dm. Höhe und 0,5 dm. Weite füllt man bis zur Hälfte mit einer Chloroform-Benzol-Mischung von ungefähr 1,050—1,060 specifischem Gewicht und lässt in dieses Gemisch einen Tropfen des zu untersuchenden Blutes fallen und zwar unter leichtem Umschwenken des Glases. Das Blut vertheilt sich in der Flüssigkeit nicht, sondern bleibt in derselben als kugelförmiger Tropfen erhalten, welcher, je nachdem er schwerer oder leichter ist als erstere, zu Boden sinkt oder in die Höhe steigt.

Es wird nun zu diesem Gemisch unter weiterem leichten Umherschwenken des Glases so lange Chloroform resp. Benzol hinzugesetzt, bis das Blutkügelchen eben in der Flüssigkeit schwebt, also dasselbe specifische Gewicht wie die Mischung hat und braucht man jetzt nur das specifische Gewicht derselben mittelst Araeometer zu bestimmen Fehler, die durch Temperaturschwankungen und Verdunstung bedingt sein können, sind nach Controllversuchen so gering, dass sie ruhig vernachlässigt werden können.

An diese Mittheilung schliesst sich eine kurze Aufzählung der von H. nach dieser Methode gewonnenen Resultate. Er fand für gesunde männliche Individuen ein mittleres specifisches Gewicht des Blutes von 1,0605. Beim weiblichen Geschlecht ist das specifische Gewicht etwas geringer, zwischen 1,0535 und 1,061 liegend.

H. glaubt in seiner Methode einen Ersatz für die Bestimmungen des Haemoglobingehaltes des Blutes gefunden zu haben und hofft, dass sich dieselbe umsomehr in die Praxis wird Eingang schaffen können, da ihre Fehler viel geringere seien, als die der gebräuchlichen Methoden zur Bestimmung des Haemoglobingehaltes. Findet man ein specifisches Gewicht von 1,060, so kann man daraus mit Bestimmtheit auf normalen Blutfarbstoffgehalt schliessen. Nach seinen Untersuchungen an Kranken gehen die Aenderungen des specifischen Gewichts des Blutes denen des Haemoglobingehaltes ziemlich parallel und kann man daher aus dem specifischen Gewicht einen Rückschluss auf den Haemoglobingehalt machen. Jede einigermaassen bedeutende Verminderung des specifischen Gewichtes beweist mit Sicherheit das Vorhandensein einer Chlorose oder Anämie.

H. Büttner.

W. P. Dunbar (Giessen): Ueber das Verhalten des linken Ventrikels bei den Fehlern der Mitralklappe. Deutsch. Arch. für klin. Medic. Bd. 49. Heft 2—3. 1892.

Zunächst weist D. auf die Verschiedenheit der Anschauungen über das Verhalten des linken Ventrikels bei den Fehlern der Mitralklappe hin, von denen man sich durch einen Blick in die modernen Lehrbücher der inneren Medicin überzeugen kann, wodurch das Bedürfniss sich geltend mache, dass eine Klärung der Ansichten in Betreff dieses Punktes herbeigeführt werde. Er berichtet uns über 58 von ihm untersuchte Fälle von Mitralinsufficienz, welche im compensirten Stadium klinisch beobachtet wurden. Alle uncompensirten Fälle, sowie solche, bei denen chronische Nephritis, Arteriosklerose oder idiopathische Herzvergrösserung vorlag, wurden aus der Betrachtung ausgeschlossen. — Da es Verfasser hauptsächlich auf die Grösse des linken Ventrikels ankam, so hat er diese Fälle nach dem Befunde der Herzdämpfung geordnet, indem er in der ersten Tabelle solche Fälle bringt, bei denen die Herzdämpfung nach links eine Verbreiterung bis zur Papillarlinie und darüber hinaus aufweist, während die zweite Tabelle diejenigen Fälle von compensirter Mitralinsufficienz enthält, bei denen die Herzdämpfung nach links nicht bis zur Papillarlinie reicht. — Unter 58 Fällen compensirter Mitralinsufficienz fand sich 49 mal Verbreiterung der Herzdämpfung nach links, während 9 mal eine solche fehlte. — In einer 3. und 4. Tabelle bringt Verfasser die Fälle, welche zur Section kamen und die natürlich bei der klinischen Beobachtung die Zeichen der gestörten Compensation gezeigt hatten. Hier finden wir unter 8 Fällen 6 mal Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels, während 2 mal der linke Ventrikel keine Hypertrophie aufweist; beide letzteren Fälle sind jedoch nie compensirt gewesen.

Die klinischen Symptome der im Compensationsstadium beobachteten Fälle sind: Spitzenstoss meist kräftig, oft hebend und verbreitert, Herzaction sicht- und fühlbar, Puls grösstentheils etwas frequent, zuweilen aber geradezu langsam, ebenso oft klein, als mittelgross oder sogar gross, seine Spannung recht verschieden, in der weitaus grössten Zahl der Fälle aber regelmässig. — Die Auskultation ergiebt ein in der Regel an der Herzspitze am lautesten hörbares systolisches Geräusch und in allen Fällen einen accentuirten zweiten Pulmonalton.

Die Dämpfung finden wir meist nach links, daneben häufig nach oben und unten vergrössert, in weitaus den meisten Fällen ausserdem nach rechts bis zur Medianlinie verbreitert. Verfasser schliesst aus seinen Untersuchungen, dass diese Dämpfungszunahme nach rechts bis zur Medianlinie oder wenig darüber hinaus bei compensirter Mitralinsufficienz wohl lediglich von der Dilatation des linken Ventrikels herrührt, und dass der rechte Ventrikel nicht zur Erklärung desselben hinzugezogen zu werden braucht, da derselbe nur concentrisch hypertrophirt und nicht dilatirt wird, wodurch keine merkliche Verbreiterung der Herzdämpfung hervorgerufen werden kann. Nach diesen Ausführungen gewinnt die Behauptung, eine Dilatation und Hypertrophie des linken Ventrikels sei directe und compensatorische Folge der Mitralinsufficienz sehr an Wahrscheinlichkeit.

Vorläufig ist allerdings kein starker Beweis für diese Thatsache erbracht, wenn man die von Krehl gemachten Beobachtungen berücksichtigt, dass bei Klappenfehlern in der Regel auch das Myocard durch denselben Krankheitsprocess afficirt ist, der den Klappenfehler veranlasste, dass man also in der Beurtheilung der Hypertrophie und Dilatation des Ventrikels diese Möglichkeit mit in Rechnung zu ziehen habe.

Unter allen secirten Fällen, die D. untersucht hat, findet sich einer, der auf das Deutlichste demonstrirt, dass infolge eines mangelhaften Verschlusses der Mitralklappe sich schon innerhalb 6 Wochen eine excentrische Hypertrophie des linken Ventrikels und eine concentrische Hypertrophie des rechten Ventrikels ausbildet bei sicherem Ausschluss von Myocarditis, wodurch ein ganz bedeutender Klappendefect nahezu compensirt werden kann. Bei längerem Bestehen des Fehlers wäre es wahrscheinlich zur vollständigen Compensation gekommen, die weitere Beobachtung des Falles wurde jedoch durch den infolge einer intercurrenten Erkrankung eintretenden Tod unterbrochen. Solche Fälle sind entschieden beweisend für die Thatsache, dass eine excentrische Hypertrophie des linken Ventrikels eine directe Folge der Mitralinsufficienz ist, welche zusammen mit der sich gleichzeitig ausbildenden concentrischen Hypertrophie des rechten Ventrikels zur Compensation des Fehlers unerlässlich nothwendig ist.

Da die reinen Mitralstenosen so selten vorkommen, verfügt D. nur über 2 Sectionsbefunde, die aber zu einer principiellen Lösung der Frage, wie eine Mitralstenose auf den linken Ventrikel wirkt, führen. Bei beiden Sectionsbefunden handelt es sich um Fälle, bei welchen eine Endocarditis zu einer derartigen Stenosirung des ostium venosum sinistrum geführt hatte, dass in einem Fall eine Bleifeder das letztere kaum passiren konnte, und im anderen Fall nur eine Oeffnung mit einem Durchmesser von 9 Mm. übrig blieb. — Der linke Ven-

---

[14]) St. Petersburger med. Wochenschrift 1891, Nr. 45.

trikel ist in einer Weise verändert, dass es in den beiden Sectionsprotokollen heisst: «der linke Ventrikel hängt dem vergrösserten rechten Herzen als kleiner Appendix an.» Eine derartige concentrische Atrophie kann nur eine Inactivitätsatrophie sein, indem durch das verengte Mitralostium in der Ventrikeldiastole nie ein volles normales Schlagvolumen passiren konnte, so dass der linke Ventrikel deshalb nie zur völligen normalen Ausdehnung kam und aus dem Grunde auch in seiner Systole eine abnorm geringe Blutmenge in das Arteriensystem beförderte. Demnach muss eine Mitralstenose zu einer Verkleinerung des linken Ventrikels führen. Von den übrigen Sectionsbefunden von Mitralstenose musste eine Reihe von der Besprechung deshalb ausgeschlossen werden, weil sich Complicationen an ihnen fanden, wie Myocarditis, Fehler der Aorten- und Tricuspidalklappen. In mehreren Fällen, in welchen neben der Mitralstenose meist eine geringe Insufficienz derselben Klappe klinisch diagnosticirt worden war, fand sich eine Dilatation des linken Ventrikels. Der Puls war auch hier wie bei den meisten Mitralstenosen klein und unregelmässig, weshalb man anzunehmen gezwungen ist, dass der Ventrikel sich in diesen Fällen nicht vollkommen entleert hat. Eine exacte Erklärung dafür, weshalb der durch eine längere Zeit hindurch bestehende Mitralinsufficienz dilatirte linke Ventrikel sich nach Ausbildung einer Mitralstenose, wodurch die Anforderungen an ihn ja vermindert werden, meist nicht mehr zurückzubilden vermag, steht vorläufig noch aus. Wahrscheinlich wird durch die längere Zeit hindurch bestehende Dilatation die Muskulatur des linken Ventrikels in einer Weise verändert, welche später, selbst nach Fortfall der Dehnungsursache, eine völlige Contraction desselben unmöglich macht.

Als zweite Abweichung von der angenommenen concentrischen Atrophie des linken Ventrikels infolge von Mitralstenose finden wir einen Fall von Hypertrophie desselben bei verengter Höhle. Doch hier lag eine chronische Nephritis vor, darum hatte der linke Ventrikel einen erhöhten Arterientonus zu überwinden.

Im Anschluss an obige Beobachtungen bespricht D. die Versuche, die von anderen Forschern angestellt worden sind, um auf mathematischem Wege den Einfluss und die Compensation von Klappenfehlern zu berechnen, und kommt zum Resultat, dass dieselben in absehbarer Zeit unfruchtbar werden müssen.

Die Ergebnisse vorliegender Arbeit sind, dass der linke Ventrikel bei der compensirten Mitralinsufficienz dilatirt und hypertrophisch wird, während bei der Compensirung der reinen Mitralstenose der linke Ventrikel gar nicht mitwirkt, sondern in seiner Entwickelung zurückbleibt bis zu den ausgesprochensten Formen der concentrischen Atrophie.

C. Tomberg.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. Julius Schwalbe: Grundriss der speciellen Pathologie und Therapie. Für Studirende und Aerzte. Mit 34 Holzschnitten und einer lithographischen Tafel. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1892. Preis 14 Mark.

Es ist ganz gewiss keine leichte Aufgabe ein Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie zu schaffen, das sich neben den berühmten Werken Eichhorst's, Strümpell's einen grossen Kreis von Freunden erwerben soll. Verfasser, der als langjähriger Assistent eines der grössten Krankenhäuser Berlins reiche Erfahrungen gesammelt, hat es verstanden ein Lehrbuch zu schreiben, welches bei möglichster Kürze, aber klarer und gewandter Darstellungsweise doch alle die Thatsachen enthält, welche der Student für sein klinisches Studium, der praktische Arzt für die Ausübung seines Berufes bedürfen. Das Buch hält eben eine glückliche Mitte zwischen den oben erwähnten ausführlichen Handbüchern und den Compendien, die recht oft sehr unvollständig sind; dabei sind noch einzelne Besonderheiten hervorzuheben, die namentlich den Studirenden recht willkommen sein werden. Es ist nämlich jedem Abschnitte eine zusammenhängende Darstellung der Diagnostik der betreffenden Gebiete vorangeschickt, so dass dem Besitzer des Werkes ein eigenes Lehrbuch der klinischen Diagnostik entbehrlich gemacht ist. Ferner sind auch die Haut- und Geschlechtskrankheiten und die Gynaekologie abgehandelt worden, und zwar von 2 rühmlichst bekannten Specialisten — Dr. Czempin und Dr. Joseph. Auf Einzelheiten dieses inhaltsreichen Werkes näher einzugehen muss Abstand genommen werden. Wir möchten hier nur noch erwähnen, dass die Krankheiten des Nervensystems, die dem Anfänger wohl häufig Schwierigkeiten bereiten, ganz besonders klar geschildert sind. Ebenso verdienen lobende Erwähnung die Abschnitte über Lungenschwindsucht, über Herzkrankheiten. Die Ausstattung ist eine vorzügliche.

Abelmann.

Dr. Paul Börner's Reichs-Medicinal-Kalender für Deutschland auf das Jahr 1893. Herausgegeben von Geh. Sanitätsrath Dr. S. Guttmann. Leipzig. Verlag von G. Thieme. I. Theil nebst einem Beiheft.

Der neue Jahrgang des berühmten deutschen Reichs-Medicinal-Kalenders bietet in seinem ersten Theile, dem geschäftlichen Taschenbuche, ausser dem Tages-Calendarium und Notizbuch wiederum in 17 Abschnitten jene Beitrage, welche dem Arzt für das praktische Bedürfniss auf den so mannigfachen Gebieten eine zuverlässige und sichere Orientirung ermöglichen sollen. Auch diesmal ist dem Kalender ein Beiheft mitgegeben, welches 8 interessante von bewährten Fachmännern bearbeitete kurze Essays über wichtige Kapitel der Medicin und Hygiene enthält. Neu in demselben sind 2 Abhandlungen: «Grundzüge einer klinischen Diagnostik der Rückenmarkskrankheiten» von Prof. Eulenburg (Berlin) und ein «Kurzer Abriss der wichtigsten Diätverordnungen für Kranke» von Dr. H. Schlesinger (Frankfurt a. M.) Um alle Jahre Platz für neue derartige Mittheilungen zu gewinnen, ist die Einrichtung getroffen, dass die aus dem Beiheft ausgeschiedenen Artikel in einem Sonderheft gesammelt werden, welches den neu hinzukommenden Abonnenten des Kalenders von der Verlagsbuchhandlung für den billigen Preis von 1 Mark abgegeben werden. Den Abnehmern dieses Kalenders werden ausserdem noch Professor Guttstadt's «Gesundheitswesen Deutschlands» und Personalien der Aerzte Deutschlands zum Vorzugspreise von je 6 Mark (statt 10 Mk.) geliefert.

Wie in früheren Jahren, so sind auch diesmal der Druck und die Ausstattung (solider Ledereinband) durchaus befriedigend und ist in vielen Abschnitten die bessernde Hand nicht zu verkennen. — Der II. Theil, welcher gewöhnlich später erscheint, ist uns noch nicht zugegangen. Bf.

Protokoll der III. Sitzung des vierten livländischen Aerztetages.

Wenden den 15. Sept. 1892, 9½ Uhr Morgens.

1) Herr Kiwull-Wenden, demonstrirt ein von ihm operirtes Kind mit Pes calcaneus, bei dem ein amniotischer Strang zwischen der Spitze der grossen Zehe und dem Unterschenkel bestanden hat. Die Mutter giebt an, auffallend wenig Fruchtwasser bemerkt zu haben. Das Kind hat ausserdem vier Brustwarzen, eine auffallende Asymmetrie des Thorax und unterhalb der Inguinalfalten eine ungewöhnlich starke Entwicklung des subcutanen Zellgewebes.

Derselbe legt der Versammlung Photographien eines Mannes mit totalem Defect des Vorderarmes vor. Eine 5 Cm. lange Knochenbrücke, welche in einem Winkel von c. 140° vom Humerus abgeht, verbindet denselben mit der etwas kleinen Hand, deren Muskulatur atrophisch ist. Trotz des Defectes schreibt Pat. eine gute Handschrift und hebt ein Pud.

Herr Zoege-Dorpat stellt einen von ihm trepanirten Patienten vor. Nach einer Verletzung der rechten Stirn (Impressionsfractur mit nachfolgender Extraction der Knochensplitter) traten typische Anfälle von Jacksonscher Epilepsie auf, welche vom linken Stirnfacialis ausgehend erst die linke, dann die rechte Körperhälfte ergriffen. Da status epilepticus drohte, wurde die trichterförmig eingezogene Narbe mit einem Stücke des Hirnes entfernt. Gleich nach der Operation der letzte epileptische Anfall, nach 24 Stunden maniakalische Exaltation.

(Der Fall wird veröffentlicht).

2) Herr Müller legt der Versammlung die Pläne und Beschreibungen der Landkrankenhäuser zu Rappel, Dago-Kertell und Merjama in Estland vor.

Herr Kusmanoff-Rappel fügt einige Worte zu dem hier demonstrirten Plane des Rappelschen Hospitales hinzu.

Auch macht er darauf aufmerksam, dass dem Hospitale dadurch, dass die Wärterin zu verschiedenen häuslichen Arbeiten verpflichtet werden kann, natürlich nur für die Zeit, wo sie mit Patienten nichts zu thun hat — Mittel erspart werden. So gelingt es, das Hospital in Rappel mit einer Zahlung von 15 Kop. pro Tag und einer Subsidie von 80 Rbl. jährlich zu unterhalten; es bestehen 6 Betten, welche im Jahre von ca. 40 Patienten benutzt werden.

3) Der Präses stellt die Proposition, die Versammlung möge jetzt endgültig entscheiden, ob der nächste Aerztetag zu Dorpat im Frühjahr oder im Herbste stattfinden solle. Nach längerer Discussion wird beschlossen, den Aerztetag Ende August resp. in der ersten Hälfte des Septembers stattfinden zu lassen, und die genauere Bestimmung des Termins dem Vorstande zu überlassen.

4) Vortrag des Herrn Dehio-Dorpat «Ueber den gegenwärtigen Stand der Cholerafrage».

(Der Vortrag ist in dieser Wochenschrift veröffentlicht).

Vortragender charakterisirt zunächst die Anschauungen, welche R. Koch auf Grund seiner grossartigen Entdeckung des Cholera-Bacillus und der biologischen Eigenschaften desselben über die Entstehung und Verbreitungsweise der Cholera aufgestellt hat. Am präcisesten hat er diese seine Ansichten auf den berühmten Conferenzen deutscher Mediciner und Epidemiologen zu Berlin in den Jahren 1884 und 1885 formulirt. — Vortragender setzt sodann den Gegensatz zwischen dieser modernen Koch'schen Lehre und den früheren, namentlich von Pettenkofer begründeten Theorien über die Entstehung der Cholera auseinander. In ihren Grundzügen hat jetzt wohl die Koch'sche Lehre, dass der Cholerabacillus in der That die Ursache und der Träger der Choleraerkrankung ist, vollkommene Anerkennung gefunden, wenngleich derselben auch jetzt noch heftige Gegner aus der Pettenkofer'schen Schule entgegenstehen. Die modernen Schutzmaasregeln gegen die Cholera basiren sämmtlich auf der Koch'schen Lehre. In einzelnen Punkten ist dieselbe jedoch noch erweiterungsfähig, wie die Untersuchungen Hüppe's lehren, welcher gezeigt hat, dass es biologische Wuchsformen des Cholerabacillus giebt, denen eine grössere Widerstandskraft gegen die ungünstigen Einflüsse der Aussenwelt eigen ist, als Koch sie bei seinem Kommabacillus zu finden glaubte. Die Möglichkeit, dass der Cholerapilz sich länger ausserhalb des Menschen und auch im Erdboden zu erhalten vermag als ursprünglich angenommen wurde, ist jetzt nicht mehr in Abrede zu stellen. Wir dürfen daher die von Pettenkofer so sehr urgirte Bedeutung der Bodenbeschaffenheit für die Entstehung der Epidemien nicht mehr so radical leugnen, wie das Koch gethan hat. Die Erfahrungen, die bei der diesjährigen schweren Epidemie in Hamburg gemacht worden sind, sprechen sehr dafür, dass solcher Boden, in dem das Grundwasser nur ein schwaches Gefälle hat und deshalb nur langsam wechselt und erneut wird, für die Einnistung der Epidemie besonders günstig ist.

Die Dorpater Epidemie von 1872, welche von Prof. Weyrich in der Dorpater medicinischen Zeitschrift eingehend geschildert worden ist und deren Localisation vom Vortragenden an einem Plan von Dorpat demonstrirt wird, zeigt gleichfalls, dass die Cholera nur in solchen Stadtgegenden sich eingenistet hatte, die tief gelegen sind und den jährlichen Frühlingsüberschwemmungen des Embach ausgesetzt waren.

Natürlich darf man aber nicht einseitig nur die Bodenbeschaffenheit allein verantwortlich machen. Dass sonst noch tausend Verbreitungswege der Cholera bestehen können, hat ja Koch bewiesen, und unter diesen letzteren dürfte namentlich die Uebertragung des Cholerabacillus durch das Trink- und Nutzwasser eine Hauptrolle spielen. Dafür spricht die Infection mancher Ortschaften in der Bannmeile von Paris, sowie die Ausbreitung der Erkrankung in Petersburg, die in der heurigen Epidemie beobachtet worden ist und sich nur durch Verunreinigung der Kanäle und Flussläufe erklären lässt. Auch durch Verunreinigung von Wasserleitungen mit Cholerakeimen können sicherlich Massenerkrankungen verursacht werden. Ein Beispiel für diesen letzteren Modus der Krankheitsverbreitung bietet die letzte Epidemie in Reval (v. J. 1872), in der nur solche Personen erkrankten, welche das Wasser einer nur einen kleinen Theil versorgenden Leitung getrunken hatten. Alle übrigen Einwohner und Stadttheile, welche durch eine andere Wasserleitung versorgt wurden oder ihr Wasser aus Privatbrunnen bezogen, blieben gesund. Durch die sanitätsärztliche Untersuchung konnte überdies die Verunreinigung der inficirten Leitung direct nachgewiesen werden.

Discussion.

Herr Zoege meint, dass die topographische Verbreitung der Cholera in Dorpat nicht nothwendig im Sinne Pettenkofer's gedeutet werden müsse. Die Ueberschwemmung des Embach überfluthet auch die flachen Brunnen, so dass eine directe Infection derselben durch eventuell oberhalb in den Embach gebrachte Dejectionen wohl möglich sei.

Herr Mercklin: Auch er habe beim Anhören der Mittheilung Prof. Dehio's über die Dorpater Epidemie den Eindruck gehabt, dass die Beschuldigung der Bodenbeschaffenheit für die Localisation der Seuche auf die genannten Bezirke noch nicht genügend begründet sei. Davon könne man sprechen, nachdem die Wasserversorgung der Einwohner jener Stadttheile auf das genaueste untersucht und in aetiologischer Beziehung freigesprochen sei. Bis dahin sei der Einwand noch berechtigt, dass vielleicht gerade in jenen Stadttheilen die Infection des Trink- und Gebrauchswassers leichter möglich war. Würde z. B. das Wasser des Malzmühlenteiches zu häuslichen Zwecken von den Umwohnern benutzt wie das früher wohl der Fall war, so erklärt sich die Propagation der Seuche in der Umgegend, vorausgesetzt, dass das Teichwasser einmal inficirt war.

Die gegenwärtig in Riga vorkommenden Cholerafälle lassen sich nach einer mündlichen Mittheilung von Dr. Heerwagen auf eine Infection durch Trinkwasser beziehen. Fast alle Fälle betreffen Arbeiter, die Dünawasser, besonders solches aus einem durch Dämme von der Strömung abgeschnittenen Theile des Flusses getrunken haben.

Herr Dehio antwortet auf die Einwürfe der Vorredner, dass die Art der Einschleppung der Epidemie in Dorpat wohlbekannt sei und dass die ersten Fälle sich nicht stromab sondern stromaufwärts verbreitet haben, sodass von einem Transport der Infectionsträger durch das Embachwasser nicht die Rede sein kann.

Wenngleich die Cholerabezirke Dorpats im Ueberschwemmungsgebiete der Stadt gelegen seien, so habe die Epidemie doch im Herbste stattgefunden, während die Ueberschwemmungen im Frühjahr vorkommen, wo von Cholera nicht die Rede sein konnte. Die Ueberschwemmungen können also nicht den Transport etwaiger Cholerabacillen auf dem Wasserwege vermittelt, sondern nur den Boden derart verändert haben, (ob durch stärkere Durchfeuchtung oder durch Ablagerung von Schlamm und sonstigen organischen Stoffen, bleibe dahingestellt) dass er für die Existenz, resp. die Vermehrung der mit den Choleradejectionen auf und in den Boden gelangten Kommabacillen günstigere Bedingungen bot als der Boden der höher gelegenen trockenen Stadttheile. Der in der Malzmühlenstrasse gelegene Cholerabezirk bezieht sein Trink- und Nutzwasser nicht aus dem Mühlenteich, sondern aus eignen Brunnen, die durch Grundwasser gespeist werden.

Herr Körber-Dorpat: In Dorpat hat sich die Cholera 1870, wie auch sonst beobachtet ist, in den relativ tiefer gelegenen Stadtvierteln verbreitet, also in den Theilen, wo sich das mit Abfallstoffen verunreinigte Abwasser sammelt und mit eine Verunreinigung des Bodens mit organischen Stoffen bedingt. Die Brunnen in diesem Theil Dorpats werden gegenwärtig durch Herrn Wolosinsky bakteriologisch untersucht.

Aus dessen Zusammenstellung scheint hervorzugehen:

1) dass das Wasser in den Quartalen, wo die Cholera geherrscht hat, bakterienreicher ist, als in den höher gelegenen Stadttheilen.

2) dass in dicht nebeneinander gelegenen Grundstücken die Keimzahl in den Brunnen bedeutend abweichen kann.

3) In den meisten Fällen endlich scheint die Tiefe der Brunnensohle das entscheidende Moment zu sein.

In den schlechten Brunnen mit grosser Keimzahl steht der Wasserspiegel c. 1 Meter unter der Erdoberfläche, in den guten 4—5 Meter. Die Sohle der ersteren liegt im wasserführenden Sande unter dem Torf; bei letzteren ist der Brunnenschacht durch die darunterliegende undurchlässige Thonschicht bis zur nachstfolgenden wasserführenden Sandschicht getrieben und durch undurchlässige Fütterung des Brunnenschachtes dafür gesorgt, dass das Grundwasser der oberflächlichen Schichten seitlich nicht in den Brunnen gelangen kann.

Herr Rosen-Neuenhof: Bei der Choleraepidemie in Genua 1884 wurde nachgewiesen, dass die Erkrankungen nur im Gebiete einer Wasserleitung auftraten, die von einem inficirten Gebirgsbache gespeist wurde, sodass in diesem Falle die Bodenverhältnisse jedenfalls absolut keine Rolle haben spielen können.

Herr Dehio bemerkt zum Schluss, dass er die von Koch aufgedeckten und verfolgten Verbreitungswege der Cholera und die Möglichkeit der Verbreitung der Epidemie sowie die Uebertragung der Krankheit auf diesen Wegen gern anerkennt. Er will nur betont haben, dass neben diesen Verbreitungswegen auch die Bodenbeschaffenheit für die Existenz und die Vermehrung der Cholerabacillen, falls sie einmal in den Boden hineingelangt sind, von grösserer Wichtigkeit ist, als Koch ursprünglich angenommen hat.

Herr Petersen. M. H.! Ich möchte Ihnen kurz über die noch gegenwärtig in Petersburg herrschende Cholera-Epidemie berichten. Wenngleich ja erst nach Beendigung derselben sich ein richtiger Ueberblick geben lässt und die Mortalitätsverhältnisse festzustellen sind, so hat sich doch schon manches Lehrreiche ergeben, was der Erwähnung werth ist.

Im allgemeinen ist die Epidemie entschieden als milde anzusehen, dank den rechtzeitig ergriffenen umfassenden Sanitätsmassregeln.

Der erste sicher constatirte Fall ist bereits Mitte Juli vorgekommen und beweist, wie rechtzeitiges Isoliren wirksam ist. Derselbe hat nicht zur Verbreitung der Epidemie geführt, sondern erst ein gleichzeitiger oder etwas späterer, offenbar nicht zur Behandlung gekommener Fall. Beim ersten Fall handelte es sich um einen in die Reserve entlassenen Soldaten der gleichzeitig mit 6 andern aus Turkestan in die Heimath zurückkehrte und auf der Reise einen Tag im verseuchten Samara verbrachte; ca. 2 Tage darauf erkrankte er zwischen Moskau und Petersburg mit Erbrechen, Durchfall und Krämpfen, jedoch nicht hochgradig. In Petersburg wurde er sofort ins Semenow-Militairhospital gebracht, wo die Untersuchung der sehr übelriechenden, schwärzlichen (also nicht reiswasserähnlichen) Dejectionen die charakteristischen Kommabacillen nachwies, wie auch die von Dr. Besser hergestellten Culturen positiv ausfielen.

Die Seuche ist offenbar durch die Kanalsysteme aus der Wolga auf dem Wasserwege eingeschleppt. Die Erkrankungen kamen anfangs gerade an den Flussarmen vor.

Bis zum 1. September sind erkrankt 3210, gestorben 990, genesen 7598. Es hat sich wiederum erwiesen, wie an so vielen Orten, dass die Akme der Epidemie in der 3. Woche erreicht wird und dann die Abnahme erfolgt. Es scheint 2 Typen der Verbreitung der Cholera an einem Orte zu geben. Steigt die Epidemie rasch, so nimmt sie ebenso schnell wieder ab. Steigt sie langsam oder erhält sie sich auf einer geringen Höhe, dann dauert sie lange, wie z. B. jetzt in Kasan. Wenn man die Petersburger Erkrankungen nach Wochen ordnet, so erweist sich ebenfalls die Akme in der 3. Woche.

	Erkrankt.	genesen	gestorben.
I. Woche	486	83	83
II. „	666	312	190
III. „	911	389	291
IV. „	786	529	239

Bezüglich der Diagnose muss man sagen, dass eher zu viel, als zu wenig als Cholera gerechnet worden, Die Diagnose ist eben in leichten Fällen durchaus nicht leicht. Referent hat gerade zum Beginn der Epidemie selbst einen Pat. ins Hospital aufgenommen, der alle Erscheinungen der Cholera darbot und behauptete erst 24 Stunden krank zu sein. Die Section ergab Pylorus-Carcinom mit Durchbruch und Peritonitis.

Bezüglich der Therapie ist hervorzuheben, dass alle vorgeschlagenen Mittel, Hypodermoclyse, Enteroclyse, Creolin, Jodoform, Salol etc. versucht worden, jedoch den Erwartungen nicht entsprochen haben; Referent gewann den Eindruck, dass die schweren Fälle alle sterben, während man bei den leichteren mit den verschiedensten Mitteln Erfolg erzielt.

Die Hauptsache bleibt doch möglichst frühe Behandlung und Transferirung in's Hospital. Selbst unter guten Verhältnissen giebt die Krankheit in Privathäusern eine viel höhere Mortalität.

5) Vortrag des Herrn Körber-Dorpat: **Ueber Schultze'sche Schwingungen.**

(Der Vortrag ist in dieser Wochenschrift veröffentlicht).

In Anschluss an den Vortrag stellt Vortragender folgende Fragen zur Discussion:

1) «Wie häufig werden Schultze'sche Schwingungen von Hebammen resp. Aerzten auf dem Lande ausgeübt?

3. Sind Fälle von Verletzungen resp. Tod den Herren Collegen bekannt geworden?

3. Ist ausser Knochenverletzungen ein grosses Körpergewicht als eine Contraindication gegen die Anwendung Schultze'scher Schwingungen anzusehen, oder soll man nur als ultimum refugium zu denselben greifen, nachdem die übrigen Wiederbelebungsversuche zu keinem Resultat geführt haben?

Discussion.

Herr Stillmark-Helmet hat wohl einige Male Schwingungen ausgeführt, aus der Praxis der Hebammen sind ihm aber keine bekannt; auch sind bei uns auf dem Lande überhaupt fast garkeine Hebammen. Schlimme Zufälle hat er nicht beobachtet.

Herr Fischer-Sagnitz hat von einer Hebamme einige Male Schultze'sche Schwingungen mit gutem Erfolge ausführen sehen.

Herr Sadikoff: «Verletzungen durch Schultze'sche Schwingungen sind mir nicht bekannt. Hebammen selbst führen die Schwingungen nicht aus. Meinen persönlichen Erfahrungen nach kann ich nicht behaupten, dass grade die Schwingungen das Belebende gewesen sind, weil ich dabei stets kaltes und heisses Wasser angewandt habe.

Herr Meyer-Dorpat hält das Verfahren für das beste Mittel bei Asphyxie, welches sich in der Praxis weitaus am meisten eingebürgert hat. In einer nicht ganz kleinen Zahl von Fällen sah Meyer nie schlimme Folgen.

Herr Gäthgens-Wenden schliesst sich dem Vorredner an, ebenso

Herr Truhart, welcher in den letzten Jahren dieselben häufig und zwar nicht als ultimum refugium angewandt hat, und auch in seiner gerichtsärztlichen Praxis (c. 700 Sectionen) keine schlimmen Folgen, welche auf Schultze'sche Schwingungen zurückzuführen wären, gesehen hat.

b) Vortrag des Herrn Bergmann-Riga «**Die chirurgische Behandlung der Perityphlitis**».

(Der Vortrag ist in dieser Wochenschrift veröffentlicht).

Discussion:

Herr Hampeln-Riga: Nach seinen Erfahrungen und in Uebereinstimmung mit der neueren Auffassung besitzt die Typhlitis stercoralis als genuine Krankheit lange nicht die Bedeutung, welche man ihr bisher beizulegen geneigt war. In den meisten, überwiegenden Fällen dieser Art, handelt es sich, mit wenigen Ausnahmen, eben nicht um Typhlitis stercoralis, sondern um Erkrankung des Proc. vermiformis und Perityphlitis allein, oder erst mit secundärer Betheiligung des Typhlon in bekannter Form. Das Wesentliche bleibt aber immer die Erkrankung des Wurmfortsatzes.

Direct lässt sich dieses Praevaliren des Proc. vermiformis auch in diesen Fällen scheinbar einfacher Typhlitis freilich nicht erweisen, da die Kranken meist durchkommen, aber zu berücksichtigen ist doch, dass im Sectionsfalle sich fast immer Erkrankung des Proc. vermiformis findet. Sodann ist zu berücksichtigen, dass diese eigenthümliche Darmerkrankung gerade nur an dieser Stelle auftritt, welche durch den Processus ausgezeichnet ist, während die Flexuren z. B. ganz ebenso geeigneten Boden dafür abgeben, während sie doch nur höchst ausnahmsweise in solcher Weise erkranken. Freilich ist nicht zu vergessen, dass das Typhlon die erste Station bildet und zuerst der Krankheitsgefahr ausgesetzt ist. Aber auch dieses Zugeständniss reicht nicht ans seine Ueberzeugung von der klinischen Bedeutungslosigkeit der Typhlitis zu erschüttern für die auch gewisse Verlaufsdifferenzen sprechen, langer fieberhafter Verlauf in einem Falle, rascher günstiger nach Beseitigung der Verstopfung im andern Falle; letztere Fälle bilden aber die Ausnahmen.

In Bezug auf die Behandlung der ausgebildeten Perityphlitis steht er ganz wie Bergmann, nur glaubt er vor der Untersuchung in der Chloroform-Narkose, ohne sie für unerlaubt zu halten, wenigstens warnen und auf die Gefahr traumatischer Ruptur von Adhaesionen und des Proc. vermiformis aufmerksam machen zu müssen.

Dahingegen scheint ihm die prophylaktische Beseitigung des Proc. vermiformis eine Frage von grosser Zukunft und Bedeutung. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Gegenwart eines erkrankten Proc. vermiformis stets eine grosse und zwar plötzlich auftretende Lebensgefahr bedeutet, die so gross ist, dass falls die prophylaktische Operation nur als gefahrlos bezeichnet werden kann, er unbedingt für diese eintreten würde.

Herr Lenz-Seswegen wendet sich gegen den Satz des Vortragenden «Jeder perityphlitische Abscess muss eröffnet werden» denn erstens lehrt die Erfahrung, dass grosse Abscesse z. B. peri- und parametritische, zur Aufsaugung gelangen, zweitens ist die Operation eine unsichere und involvirt grössere Gefahren als die Erkrankung selbst.

Jedenfalls würde er nur das zweizeitige Verfahren anempfehlen.

Herr Bergmann: Eine abwartende Therapie bei sicher diagnosticirtem Abscess wäre ein Rückschritt und ein Verlassen des alten chirurgischen Princips, den Eiter wo man ihn findet zu entleeren. Eine besondere Gefahr liegt in der Eröffnung nicht; findet man Darmschlingen vorgelagert, so tamponirt man die Wunde nach der Bauchhöhle hin. In wenigen Tagen ist dann durch Adhaesionen die Bauchhöhle abgeschlossen und die secundäre Eröffnung kann gefahrlos vorgenommen werden.

7. Vortrag des Herrn Zoege von Manteuffel: «**Ueber die Behandlung perforirender Verletzungen des Abdomens**».

(Der Vortrag ist in Extenso in dieser Zeitschrift veröffentlicht worden).

Es sei bei der Therapie der Abdominalverletzungen ein praeciser Standpunkt zu fordern. Die Hauptfragen seien:

1. ist das Peritoneum eröffnet?
2. ist der Darm nicht verletzt?

Die erste Frage sei im Kriege bei der Durchschlagskraft moderner Kriegswaffen leicht a priori zu beantworten. Nicht so im Frieden, wo dieser Factor wegfällt und ebenso wenig bei Schnitt und Stichwunden. Allerdings sei bei den Schnittwunden oft ein Eingeweide vorgefallen und dadurch die Ausdehnung der Verletzung sofort klargelegt. Schuss- und Stichwunden des Leibes seien in ihrer Ausdehnung oft schlechterdings nicht zu erkennen, wenn man von Gefässverletzungen absehe und nicht zu diagnostischen Hülfsmitteln greife. Als solche sei die «aseptische» Sonde empfohlen. Gegen dieselbe liesse sich dreierlei einwenden.

1. sie rege unter Umständen die Blutung wieder an.
2. sie könne den Darm verletzen und bei Verletzung desselben ominöse Peristaltik anregen — ausgetretenen Darminhalt verschieben.
3. sie könne in der Wunde sitzende Keime in die Tiefe stossen.

Gegen eine bis aufs Peritoneum dringende diagnostische Incision sei nichts einzuwenden. Die diagnostische Laparotomie käme nur im Hospital in Frage. Bevor wir uns hierzu entschliessen, hätten wir Statistik und Experiment zu befragen. Während die Schnittwunden ceteris paribus ziemlich gleiche Mortalitätsprocente aufwiesen, zeigten die Schussverletzungen bei Vertretern der conservativen Richtung und bei Interventionisten ganz verschiedene Prognose.

Amerikaner und Deutsche hielten sie an sich für fast absolut tödtlich und empfehlen unbedingt die Laparotomie, die Franzosen, namentlich Reclus expectatives Verhalten da hierbei mehr Kranke am Leben bleiben, auch bei sicher constatirter Complication. Dem widersprechen wiederum die Experimente. Diese zeigen stets complicirende Darmverletzung und ohne Operation Tod an Peritonitis.

Die Ansichten stehen sich unvermittelt gegenüber. Die Frage sei also noch nicht gelöst. Der Klinik verbliebe das Recht und die Aufgabe, die diagnostisch-therapeutische Laparotomie zu üben. Für den praktischen Arzt sei die Inter-

vention nur absolut indicirt bei Blutung, klinisch constatirter Darmverletzung und Prolaps.

Das Netz will Redner resecirt wissen, sobald es mit Kleidern und Oberhaut des Kranken in Berührung kam, da es nach Reichel und gegen König nicht zu desinficiren ist. In dem Falle sei es lieber zu reseciren oder als Tampon in die Wunde zu fixiren.

Nie aber sei die Abdominalwunde durch Nähte zu schliessen. Im Gegentheil empfehle sich in allen Fällen Tamponade eventuell mit darüber angelegten Spannnäthen.

Es widerspräche chirurgischen Grundsätzen eine Wunde die nicht unter aseptischen Cautelen gesetzt sei als aseptisch anzusehen und demgemäss zu behandeln. Autorreferat.

8. Vortrag des Herrn Kiwull-Wenden: **«Behandlung von der Gangraen verdächtigen Hernien».**

(Der Vortrag ist in dieser Wochenschrift veröffentlicht).

Discussion.

Herr Bergmann: Einen wunden Punkt hat diese Behandlungsmethode auch: wann soll man nämlich den Darm reseciren und reponiren? — Nach 8 Tagen habe ich in einem Fall resecirt. weil die Kothpassage durch die vorgelagerte Schlinge nicht recht vor sich gehen wollte. Beim Lösen der Schlinge riss eine etwa 6—8 Zoll höher gelegene Stelle des Darmes ein, wo sich eine Perforation durch feste Adhaesionen mit dem parietalen Peritonaeum verlöthet hatte; der Darm musste hier längs genäht werden und sein Lumen wurde dadurch beträchtlich verengert. Der Tod erfolgte wegen einer noch höher oben gelegenen Perforation. Noch frühere Operationen geben schlechte Prognose wegen der weichen, schlaffen Beschaffenheit der ihren normalen Tonus verloren habenden Wand des zuführenden Darmes, auch dafür habe ich einen Beleg durch einen letal verlaufenden Fall. Dass ich den Versuch gemacht die Anlegung eines Anus praeternaturalis zu umgehen, beruht darauf, dass mir fast alle Fälle mit Anus praeternaturalis zu Grunde gegangen sind. Allerdings handelte es sich um alte oder decrepide Individuen, welche meist an septischer Pneumonie oder Peritonitis zu Grunde gingen. Alle wurden spät eingebracht und waren zum Theil vorher irrationell behandelt worden.

Herr Kiwull: verweist auf die ungünstige Statistik: bei Anus praeternaturalis 80 pCt., bei primärer Resection 87,5 pCt. (nach Angaben aus der Kocher'schen Klinik). Er wendet sich nur gegen die Resection bei blossem Verdacht auf Gangraen, wie Miculicz vorschlägt.

Herr Zoege will nicht, wie Bergmann, bei Vorlagerung und Gangraen schon früh nachoperiren, sondern erst, wenn die Adhaesionen um den Anus praeternaturalis fest geworden seien. Mann müsse bedenken, dass Manipulationen, wie Naht bei der bestehenden Darmwanderkrankung innerhalb der ersten 14 Tage immer bedenklich seien, wie auch die Spontanperforationen zeigen.

Allerdings sei auch der spätere Schluss des Anus praeternaturalis nicht ungefährlich. Doch handle es sich darum den Kranken über die erste Klippe hinwegzuführen. Die Mortalitätsprocente, die aus der Kocher'schen Klinik und von Andern gegen den Spätschluss angeführt würden, seien von geringerem Werth, wenn man die Grundverschiedenheit der Fälle berücksichtige. Redner habe nur einen Fall unglücklich ausgehen sehen; er bevorzuge allerdings die ältere Methode der Anfrischung, was vielleicht auch von Bedeutung ist. Jedenfalls aber glaube er, dass für den praktischen Arzt Frühoperationen in dem von Bergmann angeführten Sinne nicht zu empfehlen seien, und wenn Mikulicz alle Hernien resecire so sei das weder in der Klinik, noch in der Praxis nachzuahmen.

9. Vortrag des Herrn Truhart-Fellin: **«Ueber Skiaskopie».**

(Der Vortrag wird demnächst in dieser Wochenschrift veröffentlicht).

Von den beiden Methoden der Refractionsbestimmung steht dem praktischen Arzte eigentlich nur die subjective Methode zur Verfügung, bei welcher mit Hülfe des Brillenkastens nach den Angaben des Patienten die Brechkraft des Auges bestimmt wird, denn die Handhabung des Ophthalmoskops zu diesem Zweck erfordert ein Maass von Uebung, das nur dem Specialisten zu Gebote steht. Aber in manchen Fällen lässt diese letztere Methode auch in der Hand des Specialisten im Stich, (Nystagmus, hochgradige Myopie). Hier tritt die neuerdings in Frankreich ausgearbeitete Skiaskopie oder Schattenprobe ergänzend ein. Dieselbe bietet dem Specialisten die Vortheile grosser objectiver Sicherheit und allgemeiner Anwendbarkeit, dem Praktiker empfiehlt sie sich durch geringes Instrumentarium, leichte Erlernbarkeit und schnelle Ausführbarkeit. Vortragender erläutert an mehreren Tafeln die Gesetze der Dioptrik, auf welche sich das Verfahren stützt, und leitet aus denselben die dabei zur Beobachtung gelangenden hauptsächlichsten Phaenomene ab.

Wird mittelst eines durchbohrten Spiegels Licht in das auf die Ferne eingestellte Auge der zu untersuchenden Person geworfen, wobei der Beobachter durch die Spiegelöffnung hindurch die Pupille des Pat. fixirt, so zieht bei Drehung des Spiegels um eine beliebige Axe ein Schatten über die roth leuchtende Pupille hin, welcher sich gleichsinnig mit der Drehung des Spiegels bewegt; wenn der Fernpunkt des Auges hinter der Irisebene des Beobachters sich befindet, in entgegengesetzter Richtung. wenn er vor derselben liegt: fällt der Fernpunkt mit der Irisebene des Beobachters zusammen, so tritt plötzliche Verdunkelung der Pupille auf, während etwas weiter diesseits oder jenseits dieses Punktes der Schatten in entgegengesetzter Richtung sich bewegt (Stelle des Schattenwechsels). Zur Bestimmung des Grades der Refraction genügt es nun, denjenigen Abstand des Auges des Pat. vom Auge des Arztes zu messen, in welchem der Schattenwechsel auftritt, d. h. der Fernpunkt des Pat. sich befindet.

Liegt dieser Punkt zu nahe vom Auge des Pat. (hochgradige Myopie) oder zu weit (sehr geringe Myopie, Emmetropie, Hypermetropie). so verlegen wir denselben durch Vorhalten von Concav- resp. Convexgläsern in die passende Entfernung, worauf eine einfache Rechnung den Grad der Refraction ergiebt. Der Astigmatismus verräth sich meist schon dadurch, dass der Schatten nicht senkrecht zur Axe der Spiegeldrehung, sondern in einem mehr oder weniger spitzen Winkel zu derselben sich bewegt, wenn man nicht zufällig in einem Hauptmeridian prüft.

Zur Bestimmung des Astigmatismus genügt die Ausführung der Schattenprobe in den beiden Hauptmeridianen. Diese Methode ist also die einzige, welche uns eine objective Bestimmung des Gesammtastigmatismus eines Auges gestattet.

Zum Schluss weist Vortragender nochmals darauf hin, dass die Skiaskopie durch die Einfachheit ihrer Anwendung und ihre leichte Erlernbarkeit dem Arzte von grossem Nutzen sein kann, namentlich aber werde sie durch die schnelle und bequeme Ausführbarkeit bei objectiver Sicherheit unschätzbar für die Untersuchung vor der Wehrpflichtscommission.

Vermischtes.

— In der Conferenzsitzung der militär-medicinischen Academie am 9. Januar ist, an Stelle des Prof. Nassilow, der Professor der Physiologie Fürst Tarchan-Mourawow zum gelehrten Secretär der militär-medicinischen Academie für das nächste Quadriennium gewählt worden.

— Ordensverleihungen: der St. Stanislaus-Orden II. Classe — dem Professor der Chirurgie an der Dorpater Universität, Staatsrath Dr. Wilh. Koch und dem Moskauer Arzt Dr Richard Koppe.

— Der ordentliche Professor der Geburtshülfe und Frauenkrankheiten an der Charkower Universität, Dr. P. A. Jassinski, ist nach Ausdienung von 25 Jahren auf weitere fünf Jahre im Dienst belassen worden.

— Verstorben: 1) am 26. December a. pr. in Kasan der Privatdocent für Nervenkrankheiten und allgemeine Therapie an der dortigen Universität. Dr. Alexander Dochmann im 39. Lebensjahre. Der Verstorbene hatte seine medicinische Ausbildung in Kasan, die Doctorwürde aber an der hiesigen militär-medicinischen Academie erhalten. Er ist vielfach literärisch thätig gewesen; am bekanntesten sind seine Arbeiten über Albuminurie, Icterusfieber, Kumys u. s. w. 2) Am 21. December a. pr. im Charkowschen Gouvernement der frühere Stadtarzt von Rybinsk, Dr. Wassili Sawitsch, im 65. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammt aus Charkow und bezog im Jahre 1846 die Dorpater Universität, wo er bis 1851 Medicin studirte. Im Jahre 1854 erlangte er daselbst nach Vertheidigung seiner Dissertation „Meletemata de acidi arsenicosi efficacia" die Docterwürde und liess sich dann als Arzt in Rybinsk nieder, wo er anfangs den Posten des Kreisarztes, darauf den des Stadtarztes bekleidete. Seit dem Jahre 1868 war S. freiprakticirender Arzt in Rybinsk. 3) Am 19. November 1892 in Kronstadt der junge Arzt Johann Gribowski, 26 Jahre alt. welcher sich, da er sich in seiner Ehre gekränkt fühlte, mit Morphium vergiftet hat. Der Verstorbene hatte erst im Jahre 1891 den Cursus an der milit.-med. Academie mit Auszeichnung absolvirt. 4) Am 5. Januar in Jalutorowsk (Gouv. Tobolsk) der dortige Bezirksarzt A. Glebowski-Gulkewitsch, im Alter von 35 Jahren am Flecktyphus. Der Verstorbene hat seine Frau mit 5 kleinen Kindern ganz mittellos hinterlassen. 5) Am 7. December 1892 der Landschaftsarzt des Tim'schen Kreises (Gouv. Kursk), Dr. S. J. Jeskow, im 34 Lebensjahre an Lungengangrän. Nach Absolvirung des Cursus an der militär-medicinischen Academie war J. ein Jahr Ordinator an der Klinik des Prof. Slawjanski; darauf Accoucheur an dem Gebärasyl der Gemeinschaft barmherziger Schwestern «Maria Schutz» und Docent an der von genannter Gemeinschaft unterhaltenen Hebammenanstalt. Seit dem Jahre 1889 fungirte er als Landschaftsarzt im Tim'schen Kreise.

Der Hingeschiedene galt allgemein als ein kenntnissreicher Arzt und tüchtiger Gynäkolog und ist mehrfach auch literärisch thätig gewesen. 6) In Paris Dr. Desnos, Präsident der «Société médicale des hôpitaux».

— An Stelle des verstorbenen Dr. Lange ist der Ordinator an den Mohilewschen Wohlthätigkeitsanstalten Dr Aristow zum Gehülfen des Livländischen Gouvernements-Medicinalinspectors ernannt worden.

— Der bekannte englische Hygieniker Dr. George Buchanan hat im Juli a. pr. seine Stellung im Local Government board of health im englischen Ministerium des Innern aufgegeben. Zu seinem Nachfolger ist ein tüchtiger Fachmann, Dr. Thorne—Thorne, ernannt worden. Dr. Buchanan ist bei seinem Rücktritt die Baronet-Würde verliehen worden.

— Die neugegründete italienische Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie hat in ihrer ersten Versammlung in Rom die Professoren B. Fränkel in Berlin, Politzer in Wien und C. Delstanche in Brüssel zu Ehrenmitgliedern erwählt.

— Am 22. December a. pr. beging die ältere Krankenwärterin der Irrenheilanstalt «Alle Leidtragenden» (an der Peterhofer Chaussee), Wassilissa Iwanowa, ihr 30jähriges Dienstjubiläum. Von den Aerzten des Hospitals wurde ihr eine Taschenuhr als Geschenk dargebracht.

— In Schottland hat der dortige Arzt Dr. Wielobycki am 8. Januar d. J. sein 100 Lebensjahr erreicht. Derselbe stammt aus Polen, von wo er wegen Betheiligung am ersten polnischen Aufstande sich nach England flüchten musste. Nachdem er i. J. 1841 in Edinburg den Grad eines Doctors der Medicin erlangt, liess er sich in Schottland als praktischer Arzt nieder. Vor 25 Jahren gab er seine öffentliche Thätigkeit auf, obschon er noch geistig und körperlich so rüstig war, dass er bis vor 2 Jahren täglich Fusstouren von 12 engl. Meilen machen konnte. Er ist jetzt taub, sieht aber noch gut, dass er die feinste Schrift ohne Brille lesen kann. Er hat von jeher ein nüchternes Leben geführt und auch nicht geraucht. Von verschiedenen englischen Mässigkeitsvereinen, Aerzten, Parlamentsgliedern u. a. sollten ihm zu seinem 100. Geburtstage Glückswünsche dargebracht werden.

(Brit. med. Journ.-Wr.)

— Die bisher populär gehaltene medicinische Zeitschrift «Медицинская Бесѣда» (Medicinische Unterhaltung), welche von den Aerzten Sabinin und Miropolski in Woronesh herausgegeben wird, ist seit dem Beginn dieses Jahres in eine wissenschaftliche med. Zeitschrift mit bedeutend erweitertem Programm umgewandelt. Der Abonnementspreis beträgt 5 R. jährlich.

— In Moskau erscheint seit dem 1. Januar d. J. eine neue pharmaceutische Zeitschrift in russischer Sprache unter dem Titel: «Фармацевтъ.» Als Herausgeber und Redacteur zeichnet Mag. Pharm. J. Antuschewitsch.

— Die Preisermässigung der Medicamente durch die neue Apothekertaxe beträgt, verglichen mit der Taxe von 1881 für die Petersburger Receptur 20 pCt., und zwar sind die Arzneistoffe selbst um ca. 22,4 pCt., die Arbeit um 24,6 pCt. Gefässe und Schachteln um 10,3 pCt., der Ablass der Arzneien um 8,5 pCt. billiger geworden. Die Berechnung der Arzneistoffe selbst ist nach einem neuen Principe durchgeführt worden; nämlich nach dem der progressiven Steigerung des Preises bei Verringerung der Menge. Es wird jetzt aufgeschlagen: auf den Pfundpreis des Grossdroguisten — 50 pCt., auf 1/2 Pfd. — 75 pCt., auf eine Unze — 100 pCt., auf den Drachmenpreis — 125 pCt., auf den Granpreis — 200 pCt., wobei vom neuesten Preiscourant der nächsten Grossdroguisten als Grundlage ausgegangen wird. Die Apotheker können die Medicamente nach wie vor in eleganten Schachteln und Gefässen verkaufen, jedoch nur nach Recepten mit der ärztlichen Bemerkung «in forma elegantissima» sonst ist für die Arzneien eine Normalverpackung und ein Normalgeschirr vorgeschrieben, das um 10 pCt. billiger ist.

— Das Organisations-Comité des XI. internationalen medicinischen Congresses macht bekannt, dass der Congress im Beisein Sr. Maj. des Königs von Italien am 12/24. September 1893 in Rom feierlich eröffnet werden und mit demselben eine internationale medicinische und hygienische Ausstellung verbunden sein wird. Die auf dem Congress zu haltenden Vorträge müssen bei dem Generalsecretariat des XI. internat. Congresses nach Genua bis zum 30. Juni 1893 angemeldet und bis zum 31. Juli 1893 ein kurzgefasster Auszug mit den Schlussfolgerungen von jedem angemeldeten Vortrage eingesandt werden. Die officiellen Sprachen für alle Sitzungen sind die italienische, französische, deutsche und englische. Der Mitgliedsbeitrag ist auf 25 Lire (= 20 Mark, also gegen 10 Rbl.) festgesetzt und berechtigt zum kostenfreien Bezuge eines Exemplars der Congress-Verhandlungen.

Den Damen der Congressmitglieder werden Legitimationskarten zur Verfügung gestellt werden, wodurch sie zum Genusse der den letzteren eingeräumten Begünstigungen und zur Theilnahme an den Festlichkeiten berechtigt sein werden. Die Congressbesucher werden in Italien auf den Eisenbahnen und Dampfschiffen besondere Begünstigungen geniessen und werden für dieselben specielle Rundreisen combinirt, die sie zum Besuche der wissenschaftlichen Centren und der bedeutenderen Städte des Reiches benutzen können.

— Auffallender Weise ist der während der Weltausstellung zu Chicago geplante panamerikanische medicinische Congress, zu welchem bereits zahlreiche europäische Aerzte Einladungen erhalten haben, ebenfalls auf den September-Monat d. J., und zwar auf die Tage vom 5—8. September n. St. in Washington angesetzt. Aber nicht allein das nahe zeitliche Zusammentreffen der beiden Congresse in Washington und Rom, sondern auch die Bestimmung, dass auf dem amerikanischen Congresse nur die spanische, französische, portugiesische und englische Sprache als Vortragssprache gelten sollen, dürfte viele europäische, namentlich aber deutsche Aerzte, von der Betheiligung am Congresse in Washington abhalten.

— Der preussische Cultusminister hat durch einen Erlass an die Regierungspräsidenten eine Enquête darüber angeordnet, in welchem Umfange in den verschiedenen Verwaltungsbezirken die Heilkunst von Frauen ausgeübt wird, unter welcher Bezeichnung das geschieht und welche Erfahrungen bisher an diesen sogenannten Aerztinnen in medicinischer Hinsicht und auf socialem Gebiet gemacht worden sind.

(Allg. med. C.-Ztg.)

— Bekanntlich existiren in Deutschland zur Beförderung der Kranken auf den Eisenbahnen besondere Wagen. Seit dem 1. Januar d. J. ist nun der Beförderungspreis für Kranke in diesen Wagen erheblich herabgesetzt worden, nämlich statt 6 Fahrkarten I. Classe sind jetzt nur 4 solcher Fahrkarten zu lösen. Zwei Begleiter werden in dem Krankenwagen frei befördert, ebenso alle zur Bequemlichkeit und Nothdurft des Reisenden nothwendigen Gegenstände. — Bei uns ist in dieser Hinsicht noch nichts gethan worden, obschon bei den grossen Fahrstrecken in Russland diese Massregel noch nothwendiger wäre.

— Dem Oberarzt der transkaukasischen Eisenbahn Dr. N. A. Ssacharow haben die Beamten dieser Bahn als Zeichen der Erkenntlichkeit für seine Mühen und seine Fürsorge während der Choleraepidemie, eine goldene Uhr mit einem Monogramm und der Aufschrift «Von den Dienstkameraden» dargebracht.

— In New-York wird in nächster Zeit das Denkmal für den berühmten amerikanischen Gynäkologen Marion Sims, welches im Central-Park errichtet ist, enthüllt werden.

— In der Generalversammlung der Berliner medicinischen Gesellschaft am 11. Januar d. J. wurden Prof. Virchow zum Vorsitzenden und die Professoren v. Bergmann und Henoch, sowie der Geh. Sanitätsrath Dr. Siegmund zu stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Die Gesellschaft zählt gegenwärtig 889 Mitglieder, darunter 8 Ehrenmitglieder. Die Einnahmen der Gesellschaft betrugen 21444 Mark, die Ausgaben 8931 Mark. Das Gesammtvermögen beläuft sich auf 87,000 Mark. (Allg. med. C.-Ztg.).

— Die Naturforschende Gesellschaft zu Danzig, welche zu den bekannteren privaten wissenschaftlichen Vereinigungen ihrer Art in Deutschland gehört und besonders Aerzte in grosser Zahl zu ihren Mitgliedern zählt, beging am 3. Januar d. J. die Feier ihres 150jährigen Bestehens.

— Die Kaiserliche Academie der Wissenschaften hat auf ihrem Jahresactus am 29. December a. pr. von der Rklizki-Prämie für anatomisch-mikroskopische Untersuchungen des Centralnervensystems diesmal drei Preise vertheilt, da die Prämie wegen des sehr speciellen Gegenstandes mehrere Jahre nicht zur Vertheilung gelangt war. Sie wurden zuerkannt: dem Professor A. Kölliker (Würzburg) für seine Schrift «Zur feinen Anatomie des centralen Nervensystems des Rückenmarks»; Prof. Gustav Retzius für seine Schriften zur Kenntniss des Nervensystems der Crustaceen etc. und dem Privatdocenten der militär-medicinischen Academie M. D. Lawdowski für seine im Max Schulze'schen Archiv veröffentlichte Arbeit «Zum Aufbau des Rückenmarks».

— Zu den englischen Antivivisectionisten gehört ausser einigen anderen Aerzten auch der Gynäkologe Lawson Tait. Derselbe ist in einer jüngst abgehaltenen Versammlung der «Gesellschaft zur völligen Abschaffung und Unterdrückung der Vivisection» in seinem blinden Eifer so weit gegangen, zu erklären, dass er bedauere, das britische Publicum seines Standes halber um Entschuldigung bitten zu müssen; er thue dies mit einem Gefühl der Beschämung, für welches er keine Worte finde». Weiter behauptete L. Tait «die Thierexperimente seien ein Ueberbleibsel des Mittelalters, welche wie die beiden Knöpfe an den Rockstössen keinerlei Zweck hätten: sie seien durch keinerlei Erfolge gerechtfertigt und es sei eine Suggestio falsi, zu behaupten, dass die Geburtshülfe durch

die bakteriologischen Experimente irgend etwas von Wichtigkeit gewonnen habe». (Münch. med. W.).

— Choleranachrichten. In St. Petersburg ist in den letzten Tagen des Decembers wieder eine Choleraerkrankung vorgekommen.

In Moskau ist die Cholera mit dem alten Jahre noch nicht erloschen; der Krankenbestand belief sich am 1. Januar noch auf 5 Personen.

Im Königreich Polen herrscht die Choleraepidemie, wenn auch in schwächerem Grade, noch fort. Am 7. Januar erkrankte in Warschau 1 Person und verblieben in Behandlung 7 Personen. Im Gouvernement Radom erkrankten am 30. December a. pr. 3 Personen, es starb 1 und es blieben in Behandlung 7. Im Gouvernement Lublin kamen am 4., 5. und 6. keine Neuerkrankungen vor.

Aus Hamburg wurde vom 7.—9. Januar eine Neuerkrankung gemeldet, ebenso aus Altona eine 2. Erkrankung mit letalem Ausgange.

In Budapest sind vom 18.—24. December a. pr. 7 Choleraerkrankungen mit 3 Todesfällen vorgekommen. In Galizien ist die Cholera wieder in mehreren Fällen aufgetreten. In Calais sind vom 20.—23. December a. pr. zwei neue Choleratodesfalle vorgekommen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 3. Januar 1893. 5913 (222 mehr als in der Vorwoche), darunter 117 Typhus — (18 mehr), 652 Syphilis — (1 weniger), 50 Scharlach — (4 weniger), 11 Diphtherie — (5 mehr), 8 Masern — (6 weniger), 17 Pocken — (2 weniger) und 1 Cholerakranke.

Am 10. Januar d. J. betrug die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs 6134 — (221 mehr als in der Vorwoche), darunter 116 Typhus — (1 weniger), 678 Syphilis — (26 mehr), 56 Scharlach — (6 mehr), 9 Diphtherie — (2 weniger), 12 Masern — (4 mehr), und 18 Pockenkranke — (1 mehr).

Vacanzen.

1) Im Kreise Bugulma (Gouv. Samara) sind drei Landschaftsarztstellen erledigt. Gehalt 1300 R. jährlich bei freien Amtsfahrten.

2) Zur Leitung des Stadthospitals in Duchowschtschina (Gouv. Smolensk) wird ein Arzt gesucht. Gehalt 1000 Rbl. jährlich. Adresse: Земская Управа въ Духовщинѣ.

3) Im Kreise Bachmut (Gouv. Jekaterinoslaw) sind zwei Landschaftsarztstellen vacant. Gehalt 1000 Rbl. jährlich. Die Meldung geschieht bei der Бахмутская Земская Управа.

4) Für den Kreis Krestzy (Gouv. Nowgorod), werden mehrere Landschaftsärzte gesucht. Gehalt 900 Rbl. jährlich. Adresse: «Крестецкая Земская Управа».

5) Im Kreise Ismail (Bessarabien) sind zwei Landschaftsarztstellen in den Flecken Leowo und Baimakschi zu besetzen. Gehalt 750 Rbl. jährlich. Adresse «Кагульскій Непремѣнный Земскій Комитетъ, Измаильскаго Уѣзда».

6) Im Kreise Nowaja Ladoga (Gouv. St. Petersburg) sind 2 Landschaftsarztstellen vacant und zwar im Kirchdorfe Gostinopolskaja Pristanj am Wolchow und 2. im Dorfe Tschaplino. Gehalt 1200 Rbl. jährlich.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 27. Dec. 1892 bis 2. Januar 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr	Unbekannt.
310	261	571	110	35	87	9	7	9	53	75	60	39	50	27	9	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 4, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 6, Scharlach 10, Diphtherie 3, Croup 4, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 46, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 104, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 32, Marasmus senilis 29, Krankheiten des Verdauungscanals 55, Todtgeborene 22.

Für die Woche vom 3. Januar bis 9. Januar 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
319	268	587	125	43	56	16	9	21	52	55	66	49	53	25	15	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 5, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 6, Scharlach 16, Diphtherie 2, Croup 4, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 31, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 2, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 116, Tuberculose anderer Organe 7, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 34, Marasmus senilis 31, Krankheiten des Verdauungscanals 64, Todtgeborene 36.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 19. Januar 1893.

Tagesordnung: Dr. E. Anders: Ueber die Topographie des antrum mastoideum bei Kindern im Hinblick auf die Trepanation des Felsenbeins.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 8. Februar 1893.

Дозв. ценз. Спб. 15 Января 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 4 St. Petersburg, 23. Januar (4. Februar) **1893**

Ueber ambulatorische Behandlung von gynaekologischen Krankheiten.

Von

Dr. med. Hermann Thomson (Odessa).

Nach einem Vortrage.

Dank dem ungeheuren wissenschaftlichen Aufschwung, den die Gynäkologie in den letzten Decennien errungen hat, nimmt dieselbe unter den übrigen medicinischen Disciplinen eine vorher kaum geahnte wichtige Stellung ein. Aus dem dunklen, irrationellen und erfolglosen Treiben der verschiedenen Geburtshelfer und Specialisten für Frauenkrankheiten hat sich eine streng wissenschaftliche Gynäkologie abgegrenzt, welche mit den Erfolgen in der Chirurgie auch chirurgisch ihre grössten Triumphe feiert. Der häufige Zusammenhang verschiedenartigster anderweitiger Krankheitssymptome mit Erkrankungen in der Geschlechtssphäre der Frau, worauf erst in letzter Zeit mit genügendem Nachdruck hingewiesen wird, sowohl im klinischen Unterricht, als auch in grösseren wissenschaftlichen Abhandlungen (Müller, Cohn), macht es für jeden Arzt zur Pflicht, in gewissen Fällen eine genaue gynäkologische Untersuchung resp. Behandlung vorzunehmen. Die Ausserachtlassung dieser Verhältnisse und eine zu einseitige Auffassung eines Leidens, wobei man bei der klinischen Zergliederung vergisst, dass alle Theile eines Organismus zusammengehören und mehr oder weniger in ihren Functionen durch einander beeinflusst werden, beeinträchtigt sehr die richtige Erkenntniss einer Krankheit. Daher muss auch der Specialist zugleich ein allgemein gebildeter Mediciner sein. Bei dem vollkommenen klinischen Unterricht und der cursorischen Ausbildung in den exacten Untersuchungsmethoden wird gegenwärtig jeder Mediciner in den Stand gesetzt, mehr oder weniger eine Frauenkrankheit zu erkennen und in schwierigen Fällen dieselbe zur Behandlung einem Specialisten zu überweisen. Dass hier die Handlungsweise des praktischen Arztes sowohl durch äussere Verhältnisse, als auch durch Mangel an Erfahrung und Technik begrenzt sein wird, ist ja a priori sehr natürlich. Denn es unterliegt keinem Zweifel, dass Niemand und sei es auch der fähigste Arzt, alle klinischen Specialitäten zugleich so beherrschen kann, wie Derjenige, welcher sich täglich und stündlich mit seinem engeren Gebiete befasst und auf Grundlage einer künstlerisch ausgebildeten Technik und grossen Erfahrung glänzende Resultate erlangt. Darauf beruht die Berechtigung eines rationellen Specialisirens. Dass nun dem Specialisten hiermit durchaus keine höhere und schwierigere Aufgabe zufällt, möchte ich hier ausdrücklich betonen, ja vielmehr hervorheben, dass es schwieriger und häufig undankbarer ist, ein wirklich tüchtiger praktischer Arzt zu sein, als ein tüchtiger Specialist.

Durch äussere Verhältnisse wird der praktische Arzt wohl meistentheils gezwungen, sein gynäkologisches Handeln nur auf die Sprechstunde zu beschränken. Eine gynäkologische Behandlung der Patientin zu Hause oder in einem Hotel, wie es so häufig verlangt wird, ist, abgesehen von den operativen Fällen, wo man doch äusserst schwierig entsprechende Bedingungen herzustellen vermag, auch für nicht chirurgisch zu behandelnde Krankheiten im Allgemeinen von der Hand zu weisen und zwar im Interesse der Patientin selbst. Denn Jedem, der öfters in der Lage war so zu behandeln, wird in Erinnerung sein, wie z. B. auch entzündliche Erkrankungen mit wenig promptem und geringem Erfolge behandelt, die Geduld der Kranken und des Arztes auf die Probe stellen, einfach aus dem Grunde, weil da fast niemals die bei Frauenkrankheiten so wichtigen hygienischen und diätetischen Vorschriften exact befolgt werden, und hinter dem Rücken des Arztes noch andere unberufene Einflüsse oft genug mitspielen. Die Behandlung solcher Patientinnen gehört vielmehr in eine wohlgeordnete Klinik. Dieses Erforderniss wird aber meistens nur ein «pium desiderium» bleiben, wenigstens noch bei uns, und zwar einmal aus Mangel an solchen Instituten und dann hauptsächlich in Folge des geringen Verständnisses und der mangelnden Einsicht der Kranken selbst für eine rationelle Behandlungsweise. Dass dieser Uebelstand mit der höheren Bildungsstufe

allmählich gebessert wird, ist wohl anzunehmen. Andererseits möchte ich aber auch auf die in letzter Zeit besonders im westlichen Europa so schädliche Polypragmasie in der Gynäkologie hinweisen, welche sich vorzüglich in der «kleinen Gynäkologie» bemerkbar macht. Wie häufig werden nicht Frauen mit einem «Geschwür» oder «weissem Fluss» mit verschiedenen durch längere Zeit angewandten Encheiresen zur Nervosität gross gezogen?!

Es entsteht daher die praktisch wichtige Frage: Was kann der praktische Arzt in seiner Sprechstunde rationell bei Frauenkrankheiten leisten? Eine wissenschaftliche Beantwortung derselben dürfte im Allgemeinen nicht unwillkommen sein, zumal da in der Klinik und in den Lehrbüchern nicht immer darüber Auskunft gegeben wird und auch noch die Ansichten der verschiedenen Kliniker, z. B. in Betreff der Abrasio uteri auseinandergehen, ob dieselbe ambulant auszuführen sei oder nicht. Jedem Collegen werden Frauen begegnet sein, die aus einer Sprechstunde in die andere wandern und die bei einer zweckentsprechenden klinischen Therapie zweifellos schnellere Besserung oder Heilung ihres Leidens aufweisen mussten. Dass dieser wissenschaftliche principielle Standpunkt häufig in der Praxis auf unüberwindliche Hindernisse stösst, dessen bin ich mir sehr wohl bewusst. Auch wird der Arzt mit richtigem Tactgefühl in einzelnen Fällen der Kranken Concessionen machen müssen, wo er glaubt durch die einzig mögliche ambulante Behandlung doch einigen Nutzen schaffen zu können, jedenfalls mehr als wenn die Patientin ganz ohne Hilfe bliebe. Die wissenschaftlichen Grundsätze sollen uns immer als Richtschnur dienen. Dieselben für eine rationelle Ambulanzbehandlung von gynäkologischen Krankheiten in aller Kürze hier, wenn es die Zeit erlaubt, auseinanderzusetzen auf Grundlage der neuesten Erfahrungen in dieser Wissenschaft, — ist der Zweck folgender Abhandlung.

Wir unterscheiden bekanntlich eine allgemeine und eine locale Therapie. Beide Methoden sind öfters combinirt anzuwenden und unterstützen sich gegenseitig. Aber auch allgemeine diätetische und hygienische Verordnungen sind von grosser Bedeutung und auch hier wie sonst findet das «Qui bene nutrit, bene curat» seine Berücksichtigung.

Beginnen wir mit den Erkrankungen der Gebärmutter selbst, und zwar mit der häufigsten und praktisch wichtigsten, nämlich der chronischen Entzündung der Schleimhaut: Endometritis corporis et cervicis chronica. Die acut entzündlichen Processe sind, sobald sie erkannt, selbstverständlich von ambulatorischen Eingriffen auszuschliessen, da als conditio sine qua non einer erfolgreichen Behandlung vor Allem absolute Bettruhe erforderlich ist. Die Therapie der chronischen Endometritis ist eine sehr mannigfaltige und in jedem Jahre tauchen neue Empfehlungen auf. Die Folge davon ist, dass es Demjenigen, der selbst über grössere Erfahrungen in dieser Sache nicht verfügt, schwer fallen dürfte, sich eine richtige Ansicht über den einzuschlagenden Weg zu bilden. Leider haben wir auch ätiologisch keinen einheitlichen Ausgangspunkt, bis jetzt wenigstens, für die Behandlung erlangen können.

Die bakteriologischen Forschungen haben controverse Resultate ergeben. Döderlein[1]) kommt zum Schluss, dass Endometritis nicht bakterieller Herkunft sei, im Gegensatz z. B. zu Péraire[2]). So sehen wir denn, wie so häufig in der klinischen Medicin, dass bei dieser Erkrankung, welche eine der alltäglichsten Erscheinungen in den Kliniken und den Sprechstunden der Aerzte ist, noch keine Einigung herrscht, welche Behandlungsmethode vor der anderen den Vorzug verdient. Häufig wird hier noch in Ermangelung einer genauen Untersuchung in der Diagnose gesündigt, und dann, wenn eine Therapie indicirt, dieselbe vernachlässigt, andererseits aber auch die Bedeutung einer Endometritis geringen Grades bei verschiedenartigen allgemeinen Symptomen überschätzt und die Pat. nicht zu ihrem Nutzen gynäkologisch in Behandlung genommen. Kaltenbach[3]) beispielsweise warnt vor der intrauterinen Polypragmasie, durch welche viel geschadet und die Nervensphäre der Frau noch mehr angegriffen wird. Zur sicheren Diagnosestellung möchte ich die Zweckmässigkeit des Schultze'schen Probetampons hervorheben, für die Praxis aber als Regel aufstellen, lieber jeden Katarrh intrauterin zu behandeln, ohne Rücksicht auf die genauere Trennung von Endometritis cervicis und corporis, da dieselben fast immer combinirt vorkommen und die letztere sicher auszuschliessen nicht ganz leicht sein dürfte. Bei der localen Therapie der Endometritis corporis — von einer solchen sehen wir bei virginalen Verhältnissen möglichst ab — kommen ausser der Beseitigung von causalen Momenten, wie Lageanomalien, paraperimetritischen Processen, was häufig zur Heilung schon ausreicht, folgende Encheiresen zur Anwendung:

1) Ausspülungen der Gebärmutter,

2) Einführen von verschiedenen antiseptischen, adstringirenden und ätzenden Medicamenten in die Uterushöhle.

3) Ausschabung der Gebärmutter

4) Tamponade des Uteruscavum

5) Massage

6) Elektricität,

Alle diese Mittel finden ihre Lobredner. Ich glaube auch, dass Derjenige, der seine Methode beherrscht und consequent durchführt, mit derselben gute Erfolge erreicht. Aber auch hier muss man je nach der Art der Erkrankung und den äusseren Verhältnissen individualisiren. Bei allen genannten Manipulationen, ausgenommen die Massage und Elektricität, ist meistens eine vorherige Erweiterung des Halskanales resp. des Muttermundes zur nachhaltigeren Wirkung auszuführen, da der bequeme Abfluss die Entzündung günstig beeinflusst.

Eine solche Erweiterung ist ausser bei absoluter, auch erforderlich bei relativer Stenose, wo also eine Sonde von 4 Mm. ins Uteruscavum frei hineingebracht werden kann. Bei Stenose des äusseren Muttermundes, die Endometritis zur Folge hat, besteht die Therapie in blutiger Spaltung, Discission des os uteri ext., auf welche wir noch näher zu sprechen kommen. Zur Dilatation des Cervicalcanales und des inneren Muttermundes verwendet man jetzt entweder instrumentelle Dilatatoren (Schultze, Fritsch, Hegar, Küstner) oder Laminariastifte (auch Tupelo), Pressschwämme und Jodoformgazetamponade. Bei den gewöhnlichen katarrhalischen Formen der Endometritis, wo man sich grösstentheils mit intrauterinen Ausspülungen und Aetzungen begnügt, genügt eine Erweiterung mit der Schultze'schen Schnabelsperre, welche in der Sprechstunde wohl auszuführen ist, dafür aber nicht den Effect hat, dass man z. B. mit dem Finger in die Uterushöhle eingehen kann. Will man eine grössere und nachhaltigere Wirkung durch die Dilatation erzielen, so gebrauche man entweder die bolzenförmigen Dilatatoren, mit welchen in kurzer Zeit in einer Sitzung forcirt verfahren wird, oder bei langsamen allmählichen Vorgehen am besten die Laminariastifte. Die etwas umständliche Anwendung der Laminaria sollte derselben durchaus nicht hinderlich sein, zumal sie bei dem jetzigen antiseptischen Verfahren ungefährlich ist, was man von der forcirten Dilatation nicht immer sagen kann. Diese letzteren Methoden der Erweiterung, welche bei Uterusblutungen nach Möglichkeit stets auszuführen sind, sowohl zur sicheren Diagnosestellung durch Austasten des Uterus als auch für den therapeutischen Eingriff (Abrasio), wodurch dieser

[1]) Centralbl. f. Gynäk. p. 886—1891.
[2]) Centralbl. f. Gynäk. p. 876—1889.
[3]) Centralbl. f. Gynäk. p. 885—1891.

erst einen wissenschaftlichen Boden gewinnt, soll man in der Ambulanz nicht vornehmen. Die forcirte Dilatation bewirkt ausgedehnte Verletzungen, und der eingeführte Laminariastift muss beständig bei ruhiger Bettlage der Patientin unter ärztlicher Controlle bleiben, damit, wenn Fieber, Schmerzen, Empfindlichkeit eintreten — was vorkommen kann — der Stift sofort entfernt werde. Die Ursache dieser Erscheinungen ist, wenn lege artis vorgegangen wurde, in der Reizung eines benachbarten entzündlichen Heerdes zu suchen. Genannte Reaction giebt nach Zweifel[4]) eine Contraindication für eine nachfolgende Abrasio uteri. Ich glaube, dass diese Vorschrift, welche überdies dem Unerfahrenern eine gewisse Sicherheit gewährt, wohl zu beherzigen ist. Jodoformgazetamponade des Uterus (Vulliet) als Dilatationsmittel dürfte manchesmal im Stiche lassen oder zu viel Zeit für einen Erfolg beanspruchen, jedenfalls ist dieselbe ambulant wohl zu vollführen und ganz ungefährlich. — Blutige Spaltungen der Cervix kommen nur selten als Voroperationen, z. B. zur Entfernung von Neubildungen, in Betracht.

Die systematischen intrauterinen Ausspülungen gegen Uteruskatarrh — nach B. S. Schultze — geben in der Klinik durchaus gute Resultate, in der Ambulanz dagegen sind sie besser nicht vorzunehmen. Mir selbst ist es mehrfach begegnet, als ich systematisch diese Methode übte, dass dennoch bei poliklinischen Kranken, obgleich die Fälle gut ausgesucht und alle Vorsichtsmaassregeln beobachtet waren, Anfälle von Schmerzen, geringe Blutungen, auch Empfindlichkeit, Zeichen von circumscripter peritonealer Reizung auftraten. Diese Erscheinungen hatte ich bei stationären Patientinnen, welche sich sofort in's Bett legten, nicht beobachtet. Die Kranken aus der Sprechstunde einige Zeit nachher auf Couchetten ausruhen zu lassen, dürfte wegen Platzmangel in der Regel kaum durchzuführen sein. Ausserdem waren die endgiltigen Resultate dieser ambulatorischen Behandlung ziemlich schlecht und die dabei angewandte Zeit relativ lang, wohl zum Theil auch deshalb, weil die Pat., denen die täglichen nicht ganz angenehmen Manipulationen nicht zusagten, dazwischen einige Zeit wegblieben. Nach Gesagtem dürfte diese Behandlungsmethode mit Nutzen ambulant nicht Verwendung finden.

Gehen wir über zur zweiten Art der Katarrhbehandlung der Gebärmutter, der Einführung von verschiedenen Arzneimitteln in das Uteruscavum. Es würde zwecklos sein, hier alle die Medicamente anzuführen, die zur localen Application bei Endometritis gelangt sind. Am meisten jetzt angewandt und gepriesen finden wir Chlorzink (Rheinstaedter[5]), Tinct. Jodi (Fritsch[6]) u. A.) und Ichthyol (Freund jun.[7]). Kötschau[8]). Tinct. Jodi habe ich häufig mit gutem Erfolge verwendet. Chlorzink, von Rheinstaedter in die Praxis eingeführt und als ungefährlich empfohlen unter Beobachtung von Vorsichtsmaassregeln, — absolute Contraindication bilden Entzündungen in der Nachbarschaft, selbst geringe ältere Exsudatreste, — fand viele begeisterte Anhänger, doch auch Gegner, wie Doléris, Düvelius[9]), welche letzteren wegen der in Folge der Anätzung beobachteten Narbenbildung und Stenose (auch Blutung), dieses Mittel verbannen. Jedenfalls ist dasselbe in starker Concentration mit Vorsicht zu verwenden. Das Ichthyol scheint bis jetzt nicht eine allgemeinere Verbreitung gefunden zu haben. — Die Anwendung dieser Mittel ist nur nach einer Manier wegen ihrer Einfachheit und Ungefährlichkeit in der Ambulanz wohl ausführbar und zwar: Mittels der Playfair'schen Sonde, welche mit Watte umwickelt ist, wird zuerst das Uteruscavum ausgewischt und darauf ein anderes mit dem Aetzmittel durchtränktes Stäbchen schnell wieder eingeführt. Der hierdurch bedingte Reiz ruft Uteruscontractionen hervor, welche die gleichmässige Vertheilung der Flüssigkeit besorgen. Zu erwähnen wäre noch, dass ganz zweckmässig die Bandl'sche Canüle bei gonorrhoischer Endometritis (Fritsch l. c., Saenger[10]) zur intrauterinen Ausspülung auch ambulant verwendet werden kann.

Die intrauterinen Injectionen flüssiger Arzneimittel sind in der Sprechstunde nicht zulässig, da häufig starke Schmerzen (Koliken) danach folgen und wiederholt auch Todesfälle beobachtet wurden (Chrobak u. A.)

Was nun die in letzter Zeit mehr aufgekommene Methode der Endometritisbehandlung mit Jodoformgaze (Jodoformdocht)-Tamponade des Uteruscavum anbetrifft, so wird dieselbe, combinirt mit Uterusausspülungen, von verschiedenen Klinikern (Polk, Skutsch[11]), Saenger[12]) bei Endometritis gonorrhoica, von Gattorno[13]) angelegentlichst auch für ambulante Behandlung empfohlen. Fritsch[14]) lobt dieses Vorgehen, besonders als Nachbehandlung einer Abrasio uteri. In der That verdient dasselbe, zumal als ein ungefährliches Mittel, volle Berücksichtigung.

Die Anwendung der Uterusantrophore (nach Falk[15]) Saulmann[16]) dürfte wohl keine Vortheile gewähren. Als eine therapeutische Verirrung ist beispielsweise wegen der unausbleiblichen Atresie der Gebrauch der Chlorzinkstifte nach Dumontpallier[17]) und Schäffer[18]) zu bezeichnen.

Es scheint mir, dass kaum mit einem Eingriff in der Gynäkologie freigiebiger verfahren worden ist und wird als mit dem Curettement der Uterushöhle. Kritiklos wird, bei Klagen, wie über Fluor albus, Dysmenorrhoe, häufig genug darauf losgeschabt. Jedoch auch hier soll man sich an bestimmte Indicationen halten, wenn man den Boden der Wissenschaft unter sich nicht verlieren will. Die Uterusausschabung ist strict indicirt bei stärkeren Blutungen, um einmal die Ursache derselben, wie Wucherungen (End. fungosa) zu entfernen, welche einer anderweitigen Therapie schwer zugänglich sind, und dann noch, um zur sicheren Diagnose zu gelangen, resp. Neubildungen zu erkennen. Auf diesem Standpunkte stehen hervorragende Kliniker (Schultze, Küstner), trotzdem auch bei einfachen katarrhalischen Formen das Curettement seine vielen Lobredner findet (Slawjansky u. A.), jedoch hier nur für die hartnäckigen Fälle ausnahmsweise reservirt werden sollte.

Die Uterusausschabung soll man in der Ambulanz nicht ausführen, obgleich einige Gynäkologen (Mackenroth) diesen Eingriff poliklinisch angeblich mit gutem Resultate vornehmen. Die Pat. müssen danach 5—6 Tage Bettruhe einhalten. Die Gebärmutterauskratzung ist durchaus keine gleichgültige Manipulation, denn häufig genug treten im Anschluss an dieselbe unvorhergesehene Complicationen auf. Jedem Gynäkologen werden wohl Fälle in Erinnerung sein, wo alle Cautelen beobachtet waren, sowie Contraindicationen — acute oder chronische Entzündungen der Adnexa, Eiterherde (Pyosalpinx) — nach Möglichkeit berücksichtigt wurden und dennoch nach dem Curettement Anfälle von circumscripter Beckenpe-

---

[4]) Vorlesungen über klinische Gynäkologie. 1892.
[5]) Praktische Grundzüge der Gynäkologie 1892.
[6]) Die Lageveränderungen und Entzündungen der Gebärmutter 1885 p. 424.
[7]) Berl. klin. Wochenschrift Nr. 6, 11 u. 45. 1890.
[8]) Münch. med. Wochenschrift Nr. 1—1891. Volkm. Samml. kl. V. N. F. Nr. 35—1891.
[9]) Centralbl. f. Gynäk. Nr. 46—1892.
[10]) Tripperansteckung beim weiblichen Geschlecht. 1889.
[11]) Centralbl. f. Gynäk. p. 469 Nr. 23—1891.
[12]) l. c.
[13]) Centralbl. f. Gynäk. p. 655—1891.
[14]) Krankheiten der Frauen p. 161—1892.
[15]) Berlin. klin. Wochenschrift Nr. 45—1890 u. C. f. G. p. 858 1890 u. p. 425—1891.
[16]) Centr. f. Gyn. p. 579—1891.
[17]) Gaz. des Hôp. Nr. 57—1890.
[18]) Centr. f. Gynäk. p. 383—1891; Berl. klin. Woch. Nr. 17—1891.

ritonitis folgten (Temperatursteigerungen, Empfindlichkeit, Exsudate), doch wohl in Folge einer unvermeidlichen Reizung eines kleinen versteckten entzündlichen, infectiösen Herdes, welcher vorher nicht entdeckt worden war. Daher möchte auch ich bei Gonorrhoe (Saenger) diesen Eingriff entschieden vermeiden. Ebensolche Attaquen habe ich mehrfach constatiren können, wenn die Pat. nach der Abrasio mucosae zu früh das Bett verliessen und anfingen brüske Bewegungen zu machen. Wenn nun solche Symptome meistens vorübergehend sind, so hat man doch auch Todesfälle beobachtet. Zweifel z. B. sah 2 tödtliche Fälle in Folge septischer Infection und beobachtete häufiger nachher in den ersten Tagen Temperatursteigerungen. Heinricius hat im J. 1880 15 Todesfälle nach Uterusausschabung, zum grössten Theil an Peritonitis. zusammengestellt. Daher kann ich auch das Vorgehen von Mackenroth[19]) Dührssen[20]) oder Pichevin[21]) denjenigen Collegen nicht anempfehlen, die in der Technik und Diagnostik nicht so bewandert sind, trotz der günstig lautenden Resultate dieser Autoren, welche das Curettement des Uterus bei gleichzeitiger mehr chronisch entzündlicher Erkrankung an den Adnexen, mit Ausschluss von anwesenden Eiterherden (Pyosalpinx, eitrige Tubo-Ovarialtumoren), warm befürworten und den Eingriff gerade gegen die Complicationen gerichtet wissen möchten, weil der Ausgangspunkt der Erkrankung in der Endometritis zu suchen sei. Da man nun schliesslich auf verschiedenen Wegen zum Ziele gelangen kann, so hat man den sichereren und ungefährlicheren, wenngleich auch nicht den kürzesten, in der praktischen Medicin immer zu betreten und deswegen stehe ich hierin entschieden auf dem Standpunkte, wie ihn auch Ziegenspeck[22]) vertritt, dass die Endometritis möglichst nur bei gesunden Adnexen mit der Ausschabung behandelt werden soll.

Dass die benachbarten alten Entzündungen auch bei nicht dislocirtem Uterus, wie es Mackenroth verlangt, einfach durch die Manipulationen der Abrasio angefacht werden können, liegt auf der Hand. Ich schaffe vielmehr durch Massage, auch zusammen mit der Application von Arzneischeidentampons und hydrotherapeutischen Maassnahmen, die chron. Entzündungen nach Möglichkeit fort, wodurch auch die Endometritis günstig beeinflusst wird, resp. schwindet.

Da nun genannte Complicationen häufig genug vorkommen so wird man ja gerade in solchen Fällen auch zugleich die Endometritis durch Massage in Angriff nehmen — natürlich bei Beobachtung von eitrigen Processen im Becken als Contraindication, aus leicht verständlichen Gründen, — und wird auch dann nicht selten gute Resultate erlangen. Ausserdem ist die Massage ambulant ganz gut durchzuführen. Was endlich die Behandlung der Endometritis mit Elektricität anlangt, so werden von den Vertretern derselben günstige Erfolge besonders bei den hämorrhagischen Formen berichtet (Apostoli, Engelmann u. A.), aber auch bei Endometritis gonorrhoica (Prochownik, Arnand). Die Methode dürfte sich aber für den praktischen Arzt kaum eignen, weil dazu ein kostspieliger Apparat erforderlich ist und die Anwendung etwas umständlich, da nach den Sitzungen, um unangenehme Consequenzen zu vermeiden, die Kranken 1—2 Stunden ruhig liegen müssen, was eine ambulatorische Therapie erschwert, beziehungsweise unmöglich macht.

Wir sehen somit, dass für die Behandlung einer Endometritis in der Sprechstunde sich nur folgende Maassnahmen eignen: Intrauterine Aetzungen mit der Playfair'schen Sonde, ev. vorherige Dilatation mit dem Schultze'schen Dilatatorium und Jodoformgazetamponade des Uteruscavum. In mit Adnexerkrankungen complicirten Fällen ist Massage anwendbar. An dieser Stelle möchte ich noch erwähnen, dass auch der Hypnotismus bei dysmenorrhoischen Beschwerden mit Erfolg in noch vereinzelten Fällen Verwendung gefunden hat. Dass derselbe nicht in das Bereich der Sprechstunde des praktischen Arztes im Allgemeinen hingehört, ist bei der jetzigen Lage der Dinge nur gerechtfertigt.

Nach welcher Methode auch immer die Discission bei Stenose des äusseren Muttermundes vorgenommen wird, so ist dieselbe poliklinisch nicht zulässig. Nur mit dem constanten Strom (Engelmann) erreicht man auch hier bei ambulanten Kranken gute Resultate. Jeder therapeutische Eingriff, wo eine grössere frische Verwundung an den inneren Geschlechtstheilen gesetzt wird, ist in der Sprechstunde zu unterlassen, wenn man nicht unangenehme Complicationen erleben will.

Daher gehören Encheiresen wie Discission, Portioamputation, Emmet'sche Operation, Entfernung von Neubildungen, Abrasio mucosae uteri nicht hierher und erfordern eine sofortige ruhige Bettlage für einige Zeit. Man vergesse eben nicht, dass man bei gynäkologischen Eingriffen sich in der Nähe eines so zarten und lebenswichtigen Organes wie das Peritoneum befindet, ausserdem bei der anatomischen Lage leicht Gelegenheit zu Infection, die durch unzweckmässiges Verhalten gesteigert wird, gegeben ist, was wir nach bakteriologischen Forschungen (Winter) bestätigt finden. Auch habe ich Fälle gesehen mit Fieber, Entzündungen im Becken, Exsudaten, bei welchen nicht lange Zeit vorher von anderer Seite Abrasio, Discissio etc. ausgeführt, und die als gesund nach Hause entlassen waren. Jedenfalls eine Thatsache, welche zur ernsten Vorsicht mahnt. Denn eine Frau von einer Stenose z. B. zu heilen und ihr dafür eine Perimetritis beizubringen, an deren Folgen sie Jahrelang leiden kann, ist für die Kranke ein schlechter Tausch.

Die Behandlung der Endometritis cervicis fällt mit derjenigen der End. corporis uteri zusammen, weil beide Erkrankungen meistens vereint vorkommen. Dieser Umstand wird öfters von den Collegen nicht genügend berücksichtigt und durch Cervixpinselungen die Symptome zeitweilig nur gebessert. So kommt es, dass Pat. sich Jahre lang von einem Arzt zum andern schleppen und die schädliche Rückwirkung der Erfolglosigkeit dieser Therapie auf den übrigen Organismus deutlich aufweisen. Bei tieferem Kranksein der Cervix-Schleimhaut kann dieselbe mit dem scharfen Löffel ausgekratzt werden, auch wohl in der Sprechstunde, eventuell mit nachfolgender Jodoformgazetamponade, oder es tritt in ihr Recht, aber schon nicht mehr poliklinisch, die Excision der erkrankten Schleimhaut resp. die Beseitigung von Cervixrissen (Emmet), welch' letzteren seiner Zeit mit Unrecht, besonders von amerikanischer Seite, eine zu grosse Bedeutung beigelegt wurde. Ein allein bestehender gewöhnlicher Cervicalkatarrh oder eine Erosion mit Berücksichtigung einer Endometritis können mit verschiedenen Scheidenausspülungen zu Hause, jedoch energischer poliklinisch mit sog localen Bädern (Acet. pyrolignosum etc) im Speculum oder directer Application von Aetzmitteln (Acid. nitricum, Liquor Bellostii, Paquelin) zur Heilung gebracht werden. Auf Grundlage der anatomischen Untersuchungen von Veit-Ruge und neuerdings von Zweifel und Stratz, wird von Letzteren auf die Aussichtslosigkeit einer solchen Therapie bei Erosionen hingewiesen, welche Cylinderepithelwucherungen in die Tiefe senden und radical nur durch ein operatives Vorgehn entfernt werden können. Durch weitere exacte Beobachtungen wird die Zukunft in dieser Frage zu entscheiden haben.

Von den vielen Mitteln gegen die relativ seltene chronische Metritis sind ausser den inneren Arzneiverordnungen (Secalepräparate etc.), allgemeinen Vorschriften,

[19]) Centralbl. f. Gynäk. p. 886—1891.
[20]) Gynäkolog. Vademecum p. 75—1892.
[21]) Gaz. des Hôp. Nr. 46—1890 p. 421; cf. Centralbl. f. Gynäk. p. 936—1890.
[22]) Centralbl, f. Gynäk. p. 888—1891.

Hydrotherapie, Balneotherapie, heissen Scheidendouchen, ausgenommen die ihrer Zeit so vielfach geübte und gepriesene Portioamputation, poliklinisch etwa noch die Blutentziehungen, Scheidentampons (Jodkali, Ichthyol etc.) und Massage zu versuchen. Auch Elektricität soll hier (Apostoli, Engelmann, Grandin, White) gute Dienste in der Ambulanz geleistet haben. Bei gleichzeitiger Endometritis ist natürlich die Therapie gegen dieselbe zu richten.

In Betreff der Neubildungen des Uterus ist zu sagen, dass sie mit Ausnahme der Schleimpolypen und der mit einem sehr dünnen Stiel aufsitzenden fibrösen Tumoren, alle eine operative stationäre Behandlung beanspruchen. Inangriffnahme der Myome mit Elektricität (Apostoli, Engelmann, Spencer Wells, Keith) ist nach den neuesten Erfahrungen einzelner Kliniker (Lawson Tait, A. Martin, Mackenroth) nicht ungefährlich und wenig wirksam, daher ist trotz ambulanter Behandlungsmöglichkeit dieselbe nicht zu empfehlen[23]). Die bekannten Worte von Keith, dass es ein Verbrechen sei ohne vorherigen Versuch einer Elektricitätsanwendung bei Myomen eine Myomektomie auszuführen, haben ihre principielle Bedeutung verloren. Die Secalepräparate finden mit Recht wohl kaum noch bei Myomen Verwendung es sei denn vielleicht noch das Cornutin als Mittel gegen die Blutungen. Die palliative Therapie der inoperablen Carcinome mit Sublimat (Schramm), Alkohol (Schultz), Pyoktanin, Chlorzink etc. dürfte auch nicht in das Bereich einer Ambulanzbehandlung gehören, ebenso wie die dagegen empfohlene Elektricität (Gunning, Wernitz, Gubarow u. A.) da in solchen desolaten Fällen eine genaue Ueberwachung der Pat. wünschenswerth ist.

Von grösster praktischer Wichtigkeit ist die sehr häufige — ca. 20 pCt. aller gynäkologischen Krankheiten — Retroflexio-Retroversio uteri. Dieselbe ist in uncomplicirten Fällen poliklinischen Eingriffen mit dem besten Erfolge zugänglich. Die Diagnose dieser Krankheit macht zuweilen insofern Schwierigkeiten, als der Arzt in Folge des Hervortretens der projicirten und der geringen localen Symptome dieses Leiden übersieht. So geschieht es, dass Pat. lange Zeit mit verschiedenen inneren Mitteln resultatlos behandelt werden, bis endlich mit der Wiederherstellung einer normalen Lage des Uterus und Erhalten in derselben durch Pessare (Hodge Thomas, Schultze) die Beschwerden wie mit einem Schlage mehr oder weniger schwinden. Ist aber ein retroflectirter Uterus adhärent, so käme für die Ambulanzbehandlung nur noch die Massage (Thure Brandt) in Frage, durch welche nach längerer Anwendung die Gebärmutter manchesmal in die Normalstellung zurückgebracht werden kann. Die oft sehr wirksame bimanuelle forcirte Loslösung des fixirten retroflectirten Uterus nach B. S. Schultze ist in der Sprechstunde nicht vorzunehmen, da wegen einer möglichen Blutung in Folge der Zerreissungen die Pat. sofort ins Bett gelegt resp. laparotomirt werden müssen. Macht der Gebrauch des Pessars Schwierigkeiten, genügt das Instrument nicht, oder bestehen Complicationen, die den Repositionsversuchen trotzen, dann treten grössere Operationen wie die Alexander-Adam'sche, die Ventrofixation (Koeberlé, Ohlshausen, Leopold, Küstner u. A.), die Vaginalligatur (Schücking, Zweifel, Saenger) und andere Verfahren (Mackenroth, Dührssen, Boldt, Dudley, Hersick, Edebohls u. A.) in ihr Recht, welche auch mit Einschluss der Vaginalligatur nur in einer Klinik auszuführen sind.

Bei der pathologischen Anteflexio und Anteversio uteri richtet sich die Therapie gegen die Complicationen: Endometritis, Metritis Stenose, Para- und Perimetritis etc., auf letztere kommen wir noch unten zu sprechen. Ebenso verlangen die Verlagerungen des Uterus zur Seite ein Vorgehen gegen die Grundkrankheit: Neubildungen, entzündliche Processe und ihre Residuen.

Descensus uteri höheren Grades und Prolapsus unterliegen principiell einer operativen stationären Behandlung durch Kolporrhaphie, Perineoplastik, Portioamputation, Ventrofixation, Schücking'sche Vaginalligatur, Exstirpation der Gebärmutter, auch mit Resection der Scheide (Fritsch). Die in der Poliklinik gern applicirten mechanischen Hilfsmittel (Ringe) sind irrationell, als Nothbehelfe zu betrachten und meistentheils nicht ausreichend. Die Massage (Profanter) leistet nach meinen Erfahrungen hier nicht das, was man erwartete, obgleich von anderen Seiten über Heilungen berichtet wird.

Jedenfalls kann man auch nach einer langdauernden Massage-Behandlung keine Garantie für eine Heilung bieten. Ich glaube, dass die erreichten Resultate bei längerer nachheriger Beobachtung, wo die Schädlichkeiten des alltäglichen Lebens, besonders bei den unbemittelten Patientinnen wieder einwirken, sich öfters als scheinbar erweisen dürften, wie es mir selbst einige Male passirt ist. Daher würde ich bei Prolapsus uteri nicht mehr massiren.

Die an und für sich seltene Inversio uteri inveterata dürfte wohl noch seltener ein erfolgreiches ambulatorisches Behandlungsobject abgeben; gewöhnlich sind recht langwierige mechanische Encheiresen und blutige Operationen unter strenger ärztlicher Controlle nöthig.

Die Therapie von ausgesprochenen Fällen von Hydro-Hämato-Pyometra kann nur eine chirurgisch stationäre sein.

Die Atrophia uteri und Uterus foetalis sind einer allgemeinen und localen ambulanten (Faradisation, Scarificationen etc.) und häuslichen Therapie zugänglich.

Betrachten wir die Erkrankungen der Uterusadnexa, so lassen sich dieselben für unsere Zwecke sehr kurz abmachen. Bei chronisch entzündlichen Processen — die acuten erfordern, wie schon erwähnt, vor Allem absolute Bettruhe —, Oophoritis, Para-Perimetritis, alten Exsudaten, auch Hämatocelen kommen hygienische und diätetische Maassregeln, alle resorbirenden Medicamente, die Massage und die Elektricität in Verwendung. Die poliklinisch wohl anzuwendende Massage giebt bei veralteten Entzündungen in ausgesuchten Fällen (auch Exsudaten) häufig ausgezeichnete Resultate. Ich habe Kranke mit Jahre langem Siechthum gesehen, deren Leiden jeglicher Therapie getrotzt hatten, welche unter Massagebehandlung nach wenigen Sitzungen mehr oder weniger von ihren Beschwerden befreit wurden. Freilich soll man nie vorher etwas versprechen, sondern es nur auf einen Versuch ankommen lassen, da die Erfolge individuell sehr verschieden sein können, und auch genug Misserfolge zu verzeichnen sind. Jedenfalls ist es wünschenswerth, dass diese Methode eine noch grössere Beachtung bei den Collegen finde. Immerhin genügt zu ihrer Aneignung nicht ein theoretisches Studium, sondern es ist vielmehr eine praktische Unterweisung von kundiger Hand erforderlich, und dann ist die Erlernung derselben nicht schwierig, vorausgesetzt, dass man sonst die gynäkologische Untersuchung beherrscht, um auch eventuelle Contraindicationen (Eiterheerde etc.) berücksichtigen zu können.

Mit einem gewissen Effect werden hier in der Sprechstunde alle die bekannten resorbirenden Mittel (Glycerin, Kalium jodatum, Ichthyol, Jodoform, Jod u. s. w.) angewandt, entweder mit directen Aufpinselungen oder am besten vermittelst eingeführter vaginaler Wattetampons. Das ist gerade das Feld der oft so beliebten wochen- und monatelangen ziemlich aussichtslosen gynäkologischen poliklinischen Therapie und häufig werden diesen Manipulationen mit falscher Logik «post hoc ergo

[23]) Eine kurzgefasste Zusammenstellung über Elektricität in der Gynäkologie findet sich in: Die Grundlinien der Gynäko-Electrotherapie von L. Kleinwächter. Wiener Klinik. Heft 10 und 11. 1891.

propter hoc» Erfolge zugeschrieben. Die eine Thatsache steht jedoch nach vielfachen Erfahrungen fest, dass bei einer rationellen stationären Behandlungsweise das Heilresultat in kürzerer Zeit ein besseres ist, ein Beweis dafür wie wichtig bei solchen Erkrankungen hygienisches Verhalten (körperliche und geistige Ruhe, Regelung der Verdauung etc.) und Fernhalten jeglicher ungünstiger Einflüsse ist. Grosse und hartnäckige, vereiternde Exsudate, Abscesse, besonders Pyosalpinx, unter Umständen Hydro-Hämatosalpinx und Hämatocele erfordern eine chirurgische Intervention unter geordneten klinischen Verhältnissen. Für diese Encheiresen den richtigen Zeitpunkt abzupassen, ist Sache der Erfahrung. Jedenfalls soll man sich nicht so leicht zu Eingriffen, wie die vielgeübten Adnexoperationen, entschliessen, bevor man nicht vergeblich die anderen minder heroischen Mittel angewandt hat. Von den Anhängern der Elektricität wird dieselbe auch bei den Adnexerkrankungen angelegentlichst empfohlen (Apostoli, Engelmann, Bröse). In hartnäckigen Fällen ist dieses Hülfsmittel von denen, welche die Methode beherrschen, zu versuchen. Elektropunctirt darf ambulatorisch, sei es bei Exsudaten oder Myomen, nicht werden.

Die Behandlung von Neubildungen der Uterusadnexe kann einzig und allein, wenn überhaupt nöthig, in einer grösseren Operation unter günstigen klinischen Bedingungen bestehen.

In Betreff der Krankheiten der Vagina ist zu sagen, dass mit Ausnahme der operativ stationär zu behandelnden Fisteln, grösseren Neubildungen und einigen Missbildungen die verhältnissmässig seltene Kolpitis, die sehr acute ausgeschlossen, auch Vaginismus, in der Ambulanz (Scheidentamponade, Ausspülungen) oder mit häuslichen Vorschriften erfolgreich zu behandeln sind.

Von den Erkrankungen der Vulva erfordern grössere Neubildungen, sehr intensive acute Entzündungen, Pruritus in schlimmen Fällen und hauptsächlich die recht häufigen alten Dammrisse einen operativen Eingriff in der Klinik. Die Bedeutung dieser Dammdefecte, auch der geringfügigsten, wird im Allgemeinen entschieden zu wenig gewürdigt und zwar als ursächliches Moment für die verschiedensten Symptome von Nervosität, Fluor albus etc., welche erst nach einer entsprechenden Operation schwinden.

Zum Schlusse sei noch erwähnt, dass von den Krankheiten der Blase die Entzündungen und Schwächezustände auch in der Ambulanz behandelt werden können (Ausspülungen, Elektricität).

Werfen wir einen Rückblick auf unsere kurzen Betrachtungen, so müssen wir zugeben, dass unsere ambulatorische Wirksamkeit, wenn sie wissenschaftlich und zweckentsprechend sein soll, recht begrenzt ist. Denn in der That ausser: den Arzneitampons in die Vagina, der Application von Scheidenpessaren bei einfachen Lageveränderungen des Uterus, der Massage bei chronisch entzündlichen Processen und ihren Residuen, den Pinselungen und der Anätzung von Cervix- resp. Corpusschleimhaut bei katarrhalischer Endometritis, der nicht forcirten Cervixdilatation etwa mit dem Schultze'schen Sperrer oder Jodoformgazetamponade, den Scarificationen der Portio vaginalis und medicinischen Verordnungen, sind wir ausser Stande mit Erfolg noch irgend etwas vorzunehmen. Die Elektricität könnte für die Sprechstunde ihre Indicationen noch weiter ziehen z. B. zur Beseitigung einer Cervicalstenose, diese Methode ist aber aus bekannten Gründen dem praktischen Arzt im Allgemeinen nicht zugänglich. Nicht aus Aengstlichkeit oder Skepticismus möchte ich nach Möglichkeit zum Einhalten obengenannter Grundsätze anrathen, sondern indem ich vielmehr das oberste Gesetz des Arztes im Auge habe: «Primum est medici, ne noceat». Ich zweifle nicht, dass, wenn die Collegen in dieser Richtung energisch vorgehen, auch die Patientinnen selbst mit den besseren Heilresultaten mehr Zutrauen zum ärztlichen Handeln gewinnen, und die Ansicht, dass die Behandlung der Frauenkrankheiten doch nichts nütze, bald mehr und mehr schwinden werde. Hiermit wäre schon von vornherein so mancher Kranken geholfen, weil dann Erkrankungen, wie das Carcinom, auch rechtzeitiger zu Gesicht des Arztes kämen und so manches Menschenleben erhalten werden könnte.

Referate.

Fritz Moritz (München): Cerebellare Ataxie und Gesichtsfeldsamblyopie nach einer Kopfverletzung. Deutsch. Arch. für klin. Medicin. Band 49, Heft 4—5. 1892.

Verfasser berichtet uns von einem Patienten, der durch einen herabstürzenden Stein einen Knochenbruch des Hinterhauptbeines mit Impression von Knochensplittern in die Schädelhöhle sich acquirirt hatte. Dass die Dura perforirt gewesen und Gehirnmasse ausgetreten sei, wird nicht erwähnt. Nach der Entfernung von ca. 6 Grm. eingedrückten Knochens erfolgte die Heilung der Wunde ohne weitere Störung. Nach einem Monat wird von lebhaftem Schwindelgefühl beim Gehen und unsicherem Gang berichtet. Nach weiteren 21 Tagen klagt Pat. über sehr schlechtes Sehen, so dass er einen Brief nicht unterzeichnen kann, während er vor dem Unfall ein gutes Sehvermögen hatte. Die Sprache ist stotternd und unzusammenhängend, was sich nach einiger Zeit bessert. — 1 Jahr 5 Monate nach dem Unfall kommt der Kranke zur Aufnahme auf der medicinischen Klinik zu München. Seine Klagen beziehen sich auf zeitweilig sehr heftige Kopfschmerzen, schlechtes Sehen, Schwindelgefühl und Unsicherheit beim Stehen und Gehen. Pat. giebt an, dass ihm die Aussenwelt sich in drehender und tanzender Bewegung zu befinden scheint, wobei es gleichgültig ist, welche Körperlage er einnimmt. So glaubt er, dass ein ruhig ihm vor das Auge gehaltener Gegenstand im Sinne des Uhrzeigers gedreht werde, wird der Gegenstand aber thatsächlich, jedoch im entgegengesetzten Sinn, gedreht, so erscheint er dem Pat., bei einer gewissen Geschwindigkeit der Drehung, nur auf und ab sich bewegend. Ein Stab, der langsam um seine Mitte als Axe, in der Richtung des Uhrzeigers gedreht wird, scheint sich dem Patienten sehr rasch in diesem Sinn zu bewegen. — Trotz dieser Gesichtstäuschungen ist der Kranke indessen im Stande, einen Gegenstand ruhig zu halten, indem hier offenbar sein normales Muskelgefühl corrigirend eingreift.

Die ophthalmologische Untersuchung ergab bezüglich des Augenhintergrundes normale Verhältnisse, bezüglich der Refraction eine ganz geringe Hyperopie. Trotzdem besteht eine hochgradige Amblyopie. Ferner ergiebt sich das Gesichtsfeld für Weiss wie für Farben in extremer Weise, fast bis auf einen Punkt eingeengt. Beim scharfen Fixiren ermüden die Augen rasch, thränen, Patient blinzelt viel etc. Im Uebrigen sind die Augen normal. Die Untersuchung des Gehörorganes ergab normale Verhältnisse. — Das auffälligste Symptom war eine hochgradige Coordinationsstörung in aufrechter Körperhaltung. Im Liegen und Sitzen ist an den Bewegungen des Pat. nichts Abnormes zu bemerken. Sobald Pat. aber geht oder steht, kommt es zu grossen Schwankungen des Rumpfes, besonders bei Schluss oder Aufwärtsrichten der Augen. Der Gang gleicht dem eines schwer Betrunkenen, ist taumelnd, bald langsam, bald schnell, mit häufigem Uebereinandersetzen der Füsse und seitlichen Abbiegungen in stürzender Bewegung. — Eigentliche Zwangsbewegungen nach rückwärts oder einer Seite kommen nicht zur Beobachtung. Bei Druck auf den Boden des Schädeldefectes vermehrt sich das Schwindelgefühl und das Taumeln. Die Arme sind von atactischen Störungen frei, die grobe Kraft in Armen und Beinen normal. Die Patellarreflexe fehlen beiderseits vollkommen, ebenso der Achillessehnenreflex und die Bauchreflexe. Sohlenreflex schwach, Cremasterreflex und Armreflexe normal. Die Sensibilität scheint am ganzen Körper in geringem Grade herabgesetzt zu sein, die Tastkreise an den Fingerspitzen und Zehen etwas vergrössert. Die Sprache zeigt keine wesentliche Störung, die Intelligenz ist normal, das Gedächtniss zeigt keine Abnahme.

Psychische Erregungen bewirken eine bedeutende Verstärkung des Taumelns und Schwankens. Nach einem chirurgischen Eingriff an der verletzten Stelle verlor sich die Scheinbewegung ruhender Gegenstände, das Gesichtsfeld vergrösserte sich, ebenso nahm die Sehschärfe zu. Im Gang des Patienten hatte sich jedoch auch nach der Operation nichts zum Besseren geändert, ebenso im Stehen. — Im Uebrigen blieb der Zustand ebenfalls unverändert. Bei einer 6 Monate später vorgenommenen Besichtigung war in allem eine entschiedene Besserung zu constatiren, nur über Kopfschmerz und Schwindelgefühl wurde besonders geklagt.

Verfasser kommt per exclusionem dazu, eine Läsion des Kleinhirns im vorliegenden Falle als die Ursache für die Coordinationsstörung anzunehmen. Dass nämlich Affectionen des Kleinhirns ataktische Störungen und zwar grade der vorliegenden Art bedingen können, dürfte als eine feststehende Thatsache zu bezeichnen sein. — Die Annahme, dass eine Schädigung des Kleinhirns stattgefunden, findet eine Stütze durch die Localisation der Verletzung, welche in unmittelbarer Nachbarschaft dieses Organs liegt. Als bemerkenswerth und nicht in den Rahmen einer reinen Kleinhirnerkrankung gehörig sind die Störungen im Sehvermögen zu bezeichnen, welche Symptomencombination schon vor langer Zeit Graefe unter dem Namen Anästhesia retinae beschrieben hat.

Verfasser neigt sich der Anschauung zu, dass es in diesem Fall sich nicht um anatomische Veränderungen im Kleinhirn handelt, sondern nur um eine vielleicht molekuläre Umlagerung der Nervenmasse durch die Erschütterung.

C. Tomberg.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

J. Gad und J. F. Heymans. Kurzes Lehrbuch der Physiologie des Menschen. Berlin, Verl. v. F. Wreden. 1892.

Als 16. Band der rühmlichst bekannten Sammlung medicinischer Lehrbücher des Wreden'schen Verlages in Berlin haben zwei bekannte Physiologen Johannes Gad in Berlin und J. F. Heymans in Gent ein kurzes Lehrbuch der Physiologie herausgegeben. Der umfangreiche Stoff ist in knapper Form übersichtlich dargestellt, ohne dass dabei die Vollständigkeit gelitten hätte. Das Buch liest sich leicht und angenehm und trägt durchaus den Stempel des Eigenartigen; die anziehende Darstellungsweise hilft dem Leser über manches inhaltlich schwierige Capitel hinweg. Die Mehrzahl der Abschnitte hat J. Gad zum Verfasser, während nur die Capitel über Nahrung, Nahrungsaufnahme, Verdauung und Bilanz des Stoffes, der Wärme und der Arbeit von Heymans bearbeitet sind.

Die Ausstattung des Buches ist eine vorzügliche und wird dasselbe voraussichtlich eine grosse Verbreitung finden.

W. Beckmann.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Einem Bericht über die vom Deutschen Chirurgen-Congress veranstaltete Sammelforschung zur Narkotisirungsstatistik ist folgendes zu entnehmen: Im Berichtsjahre sind 62 Berichte eingelaufen; in denselben sind im Ganzen 84,605 Narkosen mit 33 Todesfällen berichtet. Mit Hinzuziehung des vorjährigen Berichtes kommen auf 109,230 Narkosen 39 Todesfälle, im Allgemeinen also 1 Todesfall auf 2800 Narkosen (bei Chloroform 1 auf 8431, bei der gemischten Chloroformäthernarkose 1 auf 2,800, bei der Chloroformaether-alkohol-Narkose kam kein Todesfall vor, beim Bromaethyl 1:9197 und beim Pental 1:219). Als das ungefährlichste Narkotisirungsmittel wird in dem Berichte Aether bezeichnet. Bei der Chloroformnarkose hat sich die Methode allmählichen Auftropfens am besten bewährt. Einen Beitrag zur Aufklärung der Todesursache beim Chloroformtod hat die Statistik nicht geliefert. Am meisten kommt es auf die Zuverlässigkeit eines reinen Präparates an. (Prag. med. W. Nr. 43). Auffallender Weise wird die gemischte Chloroform-Cocainnarkose gar nicht erwähnt. (Ref.).

— Alois Pick hat die bakterienfeindlichen Eigenschaften von Weisswein und Rothwein untersucht und an Versuchen, die er mit Typhus- und Cholerabacillen angestellt hat, festgestellt, dass der unverdünnte Wein sowohl, als auch der zur Hälfte mit Wasser vermischte beide Bakterienarten tödtet, und zwar werden Typhusbacillen sicher erst nach 24 Stunden, Cholerabacillen schon nach viel kürzerer Zeit (etwa 10—15 Minuten) getödtet. Auf Grund seiner Versuche empfiehlt P. in Cholerazeiten das Wasser mit gleichen Theilen Wein zu vermischen und diese Mischung vor dem Genusse 24 Stunden in den Gefässen, aus denen sie getrunken werden soll, stehen zu lassen.

(Centralbl. für Bakter.; Therap. Monatsh. Nr. 10).

Vermischtes.

— Am 13. Januar beging der Chef der militär-medicinischen Academie und Präsident des Medicinalraths, Geheimrath Dr. Paschutin, das 25-jährige Jubiläum seiner gelehrten Thätigkeit, bei welcher Gelegenheit ihm zahlreiche Beweise der Hochachtung durch Deputationen von gelehrten Körperschaften, Adressen, Glückwunschtelegramme zu Theil wurden. Am selben Tage feierten auch die Aerzte, welche gleichzeitig mit Dr. Paschutin im Jahre 1867 den Cursus an der medico-chirurgischen Academie absolvirt haben, das 25-jährige Jubiläum ihrer ärztlichen Thätigkeit. Von den 107 Aerzten, welche vor 25 Jahren den Cursus absolvirten, sind gegenwärtig noch 76 am Leben, zu denen Dr. Paschutin, Prof. Obolenski (Charkow), die DDr. Arnheim, Oppenheim, Baikow, Tschemesow u. A. gehören. Von den Aerzten Kriwski und Tschemesow ist zu diesem Tage eine Brochüre, betitelt «das fünfundzwanzigjährige Jubiläum der Aerzte, welche im Jahre 1867 den Cursus an der Academie absolvirten», zusammengestellt worden, mit den photographischen Porträts der Aerzte und zahlreichen Autobiographien. Den Schluss der Feier bildete ein Diner im Aerzteclub.

— Verstorben: 1) Am 9. Januar in Moskau der dortige Arzt J. Titenko im 60. Lebensjahre. 2) In Ochansk der Dorfarzt des Gouvernements Tomsk Stepan Tichomirow, im 37. Lebensjahre am Schlage. Der Verstorbene hat seine Frau mit 3 kleinen Kindern ganz mittellos zurückgelassen. 3) Der Ordinator an den Mohilew'schen Wohlthätigkeitsanstalten M. Dershawin 42 Jahre alt. 4) In Jekaterinoslaw der Landschaftsarzt J. Orlow im 58. Lebensjahre an chronischer Lungenentzündung. 5) Am 6./18. Januar in Helsingfors der ehemalige Professor und Director des Medicinalwesens in Finland, Dr. Felix v. Willebrand. 6) In Paris der ehemalige Professor und dirigirende Arzt des Saint-Louis-Hospitals, Dr. Alfred Hardy, welcher sich seiner Zeit eines bedeutenden Rufes als Kliniker erfreute.

— Am 16. (28.) Januar beging der bekannte Wiener Augenarzt Prof. Dr. Stellwag v. Carion seinen 70. Geburtstag. Es waren eine ganze Reihe ehrender Kundgebungen von seinen ehemaligen und gegenwärtigen Schüler zu diesem Tage vorbereitet.

— Der bekannte Berliner Augenarzt Prof. Dr. Hirschberg ist von seiner Reise um die Welt zurückgekehrt.

— In Jekaterinoslaw hat sich eine Abtheilung des St. Petersburger ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Unterstützung gebildet.

— Die Kasansche Gouvernements-Landschafts-Versammlung hat 2500 Rbl. zu Gratificationen für das ärztliche Personal ausgesetzt, welches an der Bekämpfung des Typhus und der Cholera theilgenommen hat.

— Das Ministerium des Innern hat, um die Regierungs- und Communal-Institutionen mit krystallisirter Carbolsäure zu Desinfectionszwecken rechtzeitig zu versorgen, neuerdings einen Vorrath dieses Mittels verschrieben, von dem den betreffenden Institutionen die nöthigen Quantitäten zum Selbstkostenpreise abgelassen werden können. Indem das Medicinaldepartement solches bekannt macht, richtet es auf Anordnung des Ministers des Innern an die betreffenden Institutionen die Aufforderung, das Quantum der erforderlichen Carbolsäure (in Puden) und den Lieferungsort rechtzeitig dem Departement aufzugeben. Die Uebersendung geschieht auf Kosten der Empfänger.

— Die Erben des vor Kurzem verstorbenen Barons R. Steinheil haben ein Capital von 50,000 Rbl. zur Einrichtung einer Abtheilung von 10 Betten bei der Geburtshülflichen Universitätsklinik des Prof. Rein in Kiew gespendet. Die neue Einrichtung wird den Namen «Abtheilung des Barons Rudolf Steinheil und der Baronin Marie Steinheil» tragen.

— Im Chersonschen Gouvernements-Landschaftshospital hat in der Abtheilung für Geisteskranke der Patient Alexejew mit einem Beil den Aufseher Mink erschlagen. Das Beil hatte Mink selbst zu irgend einem Zweck in's Badezimmer gebracht wo der zufällig eintretende Kranke sich desselben bemächtigte. (Nowoross. Telegr.-Wr.)

— Von dem Militär-Bezirksgericht in Astrachan sind die bei den Cholera-Unruhen daselbst Betheiligten zu folgenden Strafen verurtheilt worden: 21 zur Todesstrafe durch den Strang, 1 zur Zwangsarbeit in den Bergwerken auf 20 Jahre, 23 auf 15 Jahre, 2 auf 12 Jahre, 2 zur Ansiedlung in Sibirien, 4 zur Einreihung in die Arrestanten-Abtheilungen auf 2½ Jahre, 12 zur Gefängnissstrafe von 8 Monaten, 6 von 6 Monaten, 7 von 4 Monaten und 3 Minderjährige zur Abgabe in das Correctionsasyl bis zur Grossjährigkeit.

Das Turkestansche Militär-Bezirksgericht hat acht der bei den Cholerakravallen in Taschkent betheiligten Hauptschuldigen zur Todesstrafe durch den Strang verurtheilt.

— In letzter Zeit fragten mehrere Apotheker bei dem Vorsitzenden des Ordnungs-Comités des Internationalen medicinischen Congresses, welcher in Rom am 24. September eröffnet wird, an, ob sie an den Arbeiten des Congresses theilnehmen könnten.

Wir werden gebeten unseren Lesern, die sich dafür interessiren, mitzutheilen, dass, nach § 3 und 17 der Statuten, auch Apotheker als Mitglieder angemerkt werden können, und dass auch für die Pharmakologie eine eigene Section besteht, welche von einem, aus den berühmtesten Pharmakologen bestehenden Ordnungscomité, geleitet wird.

— An den russischen Universitäten haben die Staats-Prüfungen zur Erlangung des Arztgrades vor den Regierungs Prüfungs-Commissionen begonnen und werden bis in den Februar-Monat hinein dauern. Zum Vorsitzenden der medicinischen Prüfungscommission an der Moskauer Universität ist das Mitglied des Conseils des Ministeriums der Volksaufklärung Prof. Anrep aus St. Petersburg ernannt; Glieder der Prüfungscommission sind die Proff. Nowazki (Chirurg), Klein (Patholog), Bulyginski (Chemiker und Physiker), Tscherinow (Therapeut) und Neiding (Gerichtl. Mediciner). Im Ganzen haben sich in Moskau 236 Personen zum Arztexamen gemeldet, darunter ein Doctor med. der Berliner Universität.

Zum Vorsitzenden der medicinischen Prüfungscommission an der Universität Kasan ist der Professor der Charkow'schen Universität Kowalewski (Psychiater) ernannt worden.

— An der militär-medicinischen Academie haben von der Gesammtzahl der Studirenden des letzten Cursus, welche bekanntlich im vorigen Sommer sämmtlich zur Bekämpfung der in weiten Gouvernements herrschenden Epidemie abcommandirt waren, gegenwärtig 45, d. i. fast ¹/₃, die Prüfungen beendigt und den Arztgrad erlangt.

Von diesen 45 Candidaten haben 12 das Examen «cum eximia laude» bestanden.

— Die Zeitung «The New-York Recorder» hat eine Prämie von 1000 Pfd. Sterling für das beste Werk über Aetiologie und Behandlung der Lungenschwindsucht ausgesetzt.

— Der Nabob von Rampur hat dem englischen Militärarzt Dr. Freyer, welcher ihn von einem hartnäckigen Gelenkrheumatismus herstellte, für die drei Monate dauernde Behandlung ein Honorar von 10,000 Pfd. Sterling gezahlt.

— Die grösste Belohnung, welche einem Arzt wohl je zu Theil geworden ist, hat nach dem «Weekly Star», Dr. Dimsdale erhalten. Im Jahre 1762 wurde derselbe aus England nach Petersburg zur Schutzpockenimpfung der Kaiserin Katharina II. berufen. Dafür erhielt er: 1) 10,000 Pfd. Sterling als Honorar; 2) 2000 Pfd. Sterling zur Deckung der Reisekosten; 3) das Porträt der Kaiserin; 4) den Baronstitel, den Rang eines Staatsraths und die Würde eines Leibarztes; 5) eine lebenslängliche Pension von 500 Pfd. Sterl. jährlich.

— Die Choleraepidemie in der Provinzial-Irrenanstalt Nietleben (bei Halle), welche durch die bakteriologische Untersuchung unzweifelhaft als Cholera asiatica festgestellt ist, hat bereits ca. 100 Erkrankungen und gegen 40 Todesfälle aufzuweisen. Ein Assistenzarzt der Anstalt ist unter den Erkrankten. Die Erkrankungen sind bis jetzt nur in der Anstalt selbst vorgekommen, während die Stadt Halle und das Dorf Nietleben noch seuchenfrei sind. Es sollen manche Spuren auf die directe Einschleppung des Krankheitskeimes aus Hamburg hindeuten.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 16. Januar d. J. 6302 (178 mehr als in der Vorwoche), darunter 118 Typhus — (2 mehr), 723 Syphilis — (45 mehr), 68 Scharlach — (12 mehr), 10 Diphtherie — (1 mehr), 15 Masern — (3 mehr) und 17 Pockenkranke (1 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Zur Leitung des Landschaftshospitals von 55 Betten in Belew (Gouv. Tula) wird ein Arzt gesucht. Gehalt nebst Quartiergeld 1000 R. jährlich. Der Arzt steht im Staatsdienst. Adresse: «Бѣлевская Земская Управа».

2) Im Kreise Nishnedewizk (Gouv. Woronesh) ist die Stelle eines Landschaftsarztes erledigt. Gehalt 1200 R. jährl. Zu melden bei der «Нижнедѣвицкая Земская Управа».

3) Für den Kreis Kirilow (Gouv. Nowgorod) wird ein Landschaftsarzt (Gehalt 1200 R.) und eine Aerztin (Gehalt 800 R.) gesucht. Adresse: «Кириловская Земская Управа».

4) Das Pskow'sche Gouvernements-Landschaftsamt fordert diejenigen Aerzte, welche bei der Bekämpfung der Cholera und anderer Epidemien im Gouvernement mitwirken wollen, auf, ihre Bedingungen betreffs der Gage mitzutheilen. Die Fahrten im Gouvernement geschehen auf Kosten der Landschaft. Beim Wiederauftreten der Cholera wird das Leben der Aerzte auf Kosten der Landschaft mit 5000 R. versichert.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 10. Januar bis 16. Januar 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
323	253	576	107	43	72	10	6	18	50	53	47	60	54	42	12	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 9, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 3, Pocken 3, Masern 2, Scharlach 10, Diphtherie 4, Croup 2, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 29, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 102, Tuberculose anderer Organe 4, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 38, Marasmus senilis 41, Krankheiten des Verdauungscanals 46, Todtgeborene 21.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 2. Februar 1893.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 8. Februar 1893.

Дозв. ценз. Спб. 22 Января 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 5 St. Petersburg, 30. Januar (11. Februar) **1893**

Zu Casuistik der Pseudoleukämie.

Von

Dr. E. Masing.

Als Hodgkin 1832 als erster die später Pseudoleukämie genannte Krankheit als einen Morbus sui generis beschrieben hatte, wurden im Laufe der nächsten 20 Jahre von sehr vielen Autoren Krankengeschichten mitgetheilt, die Beispiele für diese Krankheit sein sollten, von denen viele aber sich mit der ursprünglichen Charakterisirung nur sehr unvollkommen deckten.

Eine Generalsortirung des Zusammengehörigen und des Nichtzusammengehörigen veranstaltete Virchow, der in seinem Werke «Die krankhaften Geschwülste» die verschiedenen lymphatischen Geschwülste unterschied: die Leukämie, die typhösen Lymphome, die Scrophulose, die einfachen hyperplastischen Lymphome, die Tuberculose, das Lymphosarkom und die Perlsucht.

Jede dieser Krankheitsformen ist seitdem Gegenstand intensiver Forschung gewesen und viel neues Licht ist über sie gebracht worden — am wenigsten über das Lymphosarkom. Das ist schon daraus ersichtlich, dass bei allen andern eben genannten Krankheitsformen die Virchow'schen Namen die allein gangbaren geblieben sind, während sein Lymphosarkom jetzt ebenso oft Hodgkin'sche Krankheit, progressive Drüsenhypertrophie (Wunderlich), Adenie (Trousseau), malignes Lymphom (Billroth) und Pseudoleukämie (Cohnheim) genannt wird. Unter diesen Namen ist allmählich ein grosses Material aufgehäuft worden, das aber bei näherer Betrachtung kein recht einheitliches zu sein scheint. Wahrscheinlich wird es bald in diesem Material einer zweiten Generalsortirung bedürfen, bei der dann neben klinischer Beobachtung und pathologischer Anatomie wohl die Bakteriologie auch ihr Votum abgeben wird. Ehe nun eine solche allgemein anerkannte Eintheilung dieser Krankheitsfälle existirt, wird jede hinzugefügte Krankheitsgeschichte etwas Unfertiges haben. Man weiss eben nicht, worauf man bei der Beobachtung hauptsächlich sein Augenmerk zu richten hat, man kommt ja naturgemäss erst im späteren Verlaufe der Krankheit zur richtigen Diagnose und kann dann Versäumtes aus dem Anfange nicht mehr nachholen.

Wenn ich nun eine hierher gehörige Krankheitsgeschichte mittheilen will, so bin ich mir der Fülle der Mängel an derselben sehr bewusst. Es handelt sich um eine Beobachtung aus der Privatpraxis und zwar beginnt dieselbe auf einem entlegenen Landgute, wo ich weder Mikroskop noch Reagensglas hatte.

Vielleicht wird aber doch ein zukünftiger Bearbeiter der Pseudoleukämie das Eine oder das Andere aus der Krankengeschichte brauchen können. Ich lasse sie jetzt folgen und werde zum Schluss betonen, worin sie mit den bisher mitgetheilten übereinstimmt und worin sie abweicht.

Der Senateur Baron B. v. H. stammt aus gesunder Familie, namentlich keine tuberculöse oder carcinomatöse Belastung. Wohl aber sind Psychosen in der Familie vorgekommen und er selbst ist auch vor ca. 30 Jahren während 1½ Jahren melancholisch gewesen. Kuren im Auslande (St. Moritz) waren von gutem Erfolge. Es blieb eine bedeutungslose Eigenthümlichkeit, ein krampfhaftes Ziehen im r. Cucullaris, das er durch Druck auf eine Stelle unter dem Process. mastoid. (N. accessorius) für einige Zeit hob.

Schwere Krankheiten sind nicht gewesen. Die Lebensweise war in jedem Lebensalter eine tadellose. Ein Freund der Jagd, des Segelsports, des Schlittschuhlaufens, hatte er genügende Bewegung. Meist arbeitete er freilich bis tief in die Nacht an den Senatsprocessen, in denen er als Richter zu entscheiden hatte, und zwar immer mit peinlichster Aufmerksamkeit in der stets lebhaften Furcht, es könne dem Recht nicht Genüge geschehen. Aber er schlief dafür am Morgen, zerstreute sich mit Musik und lebte während der Senatsferien im Sommer am Strande ein Leben der schönsten Erholung. Spirituosa wurden in keiner Form getrunken. Er ass immer sehr mässig, am liebsten Süssigkeiten, Mehlspeisen, besonders Kartoffeln. Doch war er immer mager und von blasser Gesichtsfarbe. Eine Neigung zu Durchfällen bestand lange; die Durchfälle vergingen aber immer wieder bald bei strenger Diät. Medicamente vermied er vorurtheilsvoll, am ehesten nahm er homöopathische. Im Herbst 1888 wurden diese Durchfälle häufiger und hartnäckiger und dauerten mit geringen Unter-

brechungen 9 Monate bis zum Sommer. Auch während dieser 9 Monate liess er sich nicht ärztlich behandeln, war schliesslich nicht einmal streng in der Diät. Allmähliche sehr starke Abmagerung und hochgradige Anämie war die Folge. Die Sommermonate am Oesel'schen Seestrande sollten wieder Heilung schaffen. Aber es wurde nicht besser. Allerdings schwanden unter jetzt begonnener ärztlicher Behandlung die Durchfälle, aber Anfang Juli trat oedematöse Anschwellung beider Füsse ein, die erst langsam, dann trotz Compressivverbänden und horizontaler Lage der Beine rasch zunahm. Dabei Fieber oder subfebrile Zustände 38.2—37.5 in ganz unregelmässigen Schwankungen. Regelmässige Temperaturmessungen fanden freilich nicht statt, aber doch wurde täglich einmal gemessen; die ganze Zeit war der Urin nicht spärlich, bis über 1000 Ccm. nicht sedimentirend und immer eiweissfrei. Herz, Lungen, Leber ganz gesund. Ich sah und untersuchte ihn damals täglich und konnte durchaus keine greifbare Ursache für das Oedem, das nach 2wöchentlichem Bestehen bis zu der Brust reichte, finden. Das Abdomen war damals so weich und eingesunken, dass ich eine wallnussgrosse Geschwulst hätte finden müssen — es war keine da. Die Herzschwäche und Anaemie waren keineswegs allein anzuschuldigen, denn kräftige Speisen und Wein wurden vertragen und der Puls zu befriedigender Kraft gebracht. Am meisten war ich geneigt ein Carcinom hinter der Leber (Pankreas?) anzunehmen, aber beweisen konnte ich nichts.

Da auf dem entlegenen Landgute so viele Hülfsmittel zur Diagnose und Behandlung eines so Schwerkranken mangelten und es immer schlechter wurde ging Pat. auf meinen Rath ein Ende Juli 1889 in's Ausland und zwar zunächst nach Erlangen zu Prof. Strümpell zu reisen.

Dieser beobachtete ihn in seiner Klinik 3 Wochen lang. Auch er fand alle Organe gesund und nahm als Grund des nun sehr hochgradigen Oedems der Beine, Genitalien und des Rumpfes, Compression der Vena cava inf. durch ein versteckt liegendes Neoplasma (Carcinom der Mesenterialdrüsen?) an. Da nun bei solcher Lage der Dinge keine Besserung zu erwarten war, liess er ihn in Begleitung seines Assistenten Dr. E. Hüfler nach Hause nach Petersburg reisen. In den letzten Tagen in Erlangen war von Allen bemerkt worden, dass unter Massage das Oedem bedeutend geringer wurde. Das weitere Abnehmen desselben von Tag zu Tag während der Reise constatirte Dr. Hüfler ganz sicher.

In Petersburg angekommen wurde am 22. August von Dr. Kernig und mir folgender Stat. präs. festgestellt: Blässe und Abmagerung noch stärker. Jetzt kein Fieber. Oedem der Beine und Genitalien mässig, auch etwas Hydrothorax und Ascites. Lungen gesund, nur vorne beiderseitig mässig emphysematös. Herz gesund aber schwache Contractionen. Leber und Milz normal. Urin jedenfalls eiweissfrei. Quantität unter der Norm. Mastdarmuntersuchung negativ. Die Palpation des Unterleibes schloss jeden Tumor aus, der nach 2monatlichem Bestehen (vor 2 Monaten wurde der Druck auf die Vena cava vermuthet) hätte durch die schlaffen Bauchdecken fühlbar sein müssen.

Dr. Kernig deutete den Zustand so: durch 9 monatlichen Darmkatarrh entstehen Anaemie und Herzschwäche; bei derselben im Sommer auf dem Lande doch zu starke Strapazen (Jagd auf wilde Gänse z. B.) und daher Insufficienz der Herzthätigkeit. Beginn der Oedeme.

Digitalis und Roborantia.

Nun war bis Mitte October eine sehr gute Zeit. Unter reichlicher Diurese (bis 2000 Ccm.) schwanden die Oedeme spurlos. Bei regerem Appetit und gutem Stuhl nahmen die Kräfte zu, so dass er von Mitte September ab die Treppe zum 4. Stock allein stieg, die er im August hinaufgetragen werden musste. Täglich viele Stunden im Taurischen Garten auf einer Couchette gelegen und promenirt. Gar kein Fieber, alle Temperaturen unter 37.0, der Puls, der im August und September zwischen 90—100 gewesen war, war im October zwischen 80—90 ja zeitweilig unter 80 und voller. Nach Aufhören der letzten Spuren des Oedems stieg das Körpergewicht sehr langsam. Aber es blieb hochgradige Blässe und die Haut war überall ausserordentlich trocken, welk, desquamirend. Nirgends Tumoren, auch nirgends Lymphdrüsenschwellungen. Milz nicht vergrössert. Blutuntersuchung durch Mikroskop negativ. Die rothen Blutkörperchen nicht verändert. Verhältniss zu den weissen normal, nirgends Knochenerkrankungen, nirgends Blutungen. Ophthalmoskopische Untersuchung negativ.

Mitte October zeigten sich an der rechten Halsseite Lymphdrüsen, die ganz ohne Schmerzen rasch an Umfang und Härte zunahmen und in 3 Wochen den ganzen Raum zwischen Warzenfortsatz und Unterkieferwinkel bis zum Schlüsselbein einnahmen. Unter dem Schlüsselbein waren keine geschwellten Drüsen, nur in der rechten Achselhöhle eine harte mandelgrosse. Auch auf Druck waren die geschwellten Drüsen nicht schmerzhaft. Gleichzeitig stellte sich auch Fieber ein, anfangs subfebrile Temperaturen 37.5—37.8, am 21. Oct. Mittags schon 38.2. Der Puls wieder 90—100, und wieder Abnahme von Appetit und Kräften. Etwas Oedem an den Füssen stellte sich ein, das aber immer unbedeutend blieb. Die Diurese sank, am October zum letzten Mal über 1000 Ccm., später immer nur 500 Ccm. Dr. Biel's Untersuchung: Harn trübe, sauer, dunke G. 1027. Indican stark vermehrt. Albumin, Zucker, Ga farbstoffe, Hämoglobin nicht vorhanden. Im Sediment einzelte hyaline Cylinder und reichlich harnsaures Na In 24 Stunden ausgeschieden 12.7 Harnstoff und Chlornatrium. Phosphorsäure und Schwefelsäure auch ver dert aber nicht so stark. Harnsäure verhältnissmässig r lich. Bemerkenswerth scheint Dr. Biel, dass 45 pCt. des Sc fels als Schwefelsäure, 55 pCt. als neutraler Schwefel a schieden ist. Normales Verhältniss wäre 20 : 100 hier 55 : Anfangs waren die geschwellten Lymphdrüsen am Halse sehr beweglich, auch gegen einander, und jede einzelne gu grenzbar. Dann aber verschmolzen sie allmählich in einen pacten Tumor, der Ende November am härtesten und gr sten war und nun als derber Tumor vom Ohr bis zum Schlü bein und vom Cucullaris bis zum Kehlkopf reichte. Letz war so nach links verschoben, dass der rechte Rand Trachea am linken Sternoclaviculargelenk zu fühlen war die Möglichkeit der Tracheotomie sehr in's Auge gefasst we musste, Schlingbeschwerden waren keine da, dagegen die weglichkeit des Halses sehr behindert.

Nun war die Diagnose klar. Die Lymphome als secu aufzufassen, ging nicht an, da eine primäre Ursache nicht zuweisen war. Andererseits handelte es sich nicht um Sa oder Carcinom der Lymphdrüsen, denn — worauf Prof. Ti aufmerksam machte — der Kehlkopf war nicht in den Pr hineingezogen, obgleich die Geschwulst ihn ganz verdr hatte; auch war die Geschwulst als Ganzes gut beweglich adhärirte nicht an der Scheide der Halsgefässe.

Eine andere Ursache für das nun constant hohe Fieber ko Dr. Kernig bei einer genauesten Untersuchung aller inneren Organe nicht finden. Der mikroskopische Befund des Blutes blieb negativ.

Somit war es eine selbständige Erkrankung der Lymphdrüsen, maligne Lymphome, Pseudoleukämie mit völlig ungünstiger Prognose.

Natürlich war schon längst Arsenik verordnet worden, aber in keiner Form und Dosis wurde es vertragen, die so wie so bestehenden Durchfälle wurden dann immer sehr bedrohlich. Der Kräfteverfall, die Herzschwäche wurden Ende November so arg, dass der Exitus nahe bevorstehend zu sein schien. Auf der immer trockenen, desquamirenden Haut bildeten sich in weiten Bezirken an Rumpf und Extremitäten feinste Netze sehr injicirter Capiliargefässe, die unter Fingerdruck nicht abblassten. Nirgends Blutungen.

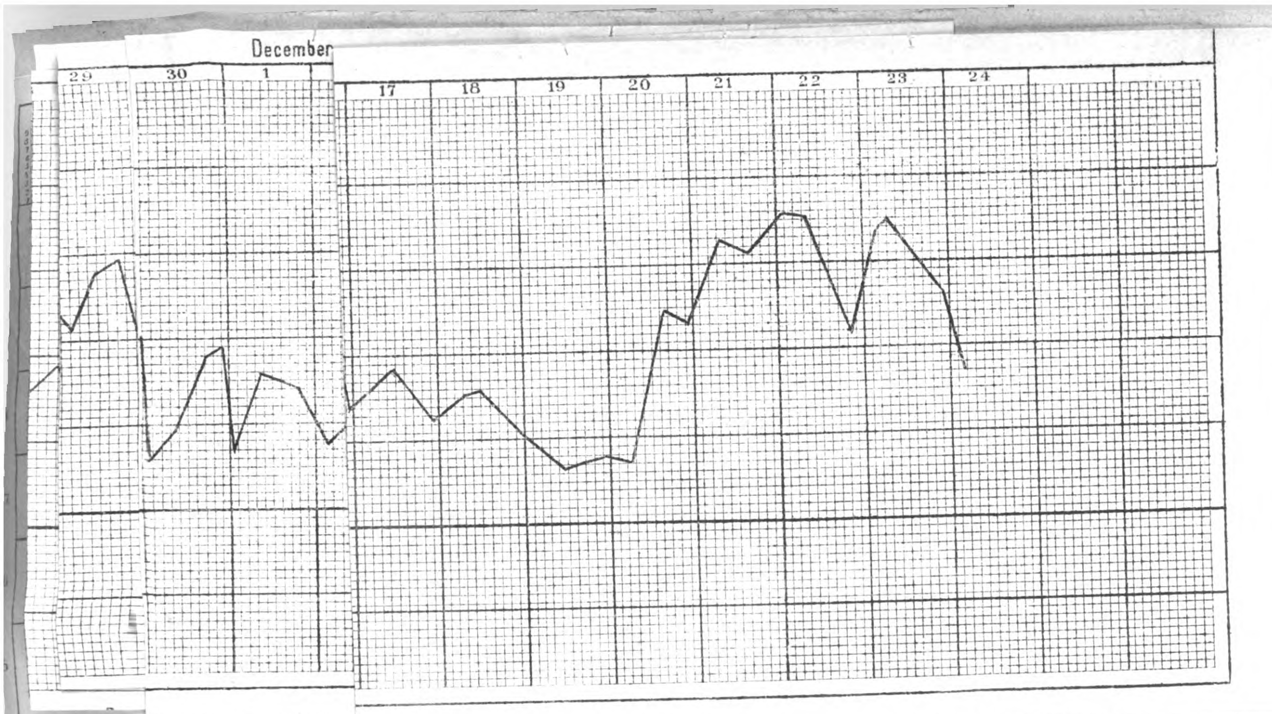
Da trat aber in der ersten Decemberwoche eine unerwartete Besserung ein. Hand in Hand mit einem Herabgehen der Temperatur, von über 39 auf 37,7 als höchste, wird die grosse harte Geschwulst an der rechten Halsseite kleiner, weicher, beweglicher und zwar in raschem Tempo, so dass nach einer Woche der Kehlkopf fast in normale Lage rückt und die Bewegungen des Halses ganz frei werden. Die Geschwulst schmolz schliesslich zu einem ziemlich derben daumendicken Strang zusammen von der Länge und Richtung des Kopfnickers, aber sie blieb homogen fürs Gefühl, nicht liessen sich wieder die einzelnen Drüsen an ihr differenziren. Auch das Allgemeinbefinden fing sich an etwas zu heben. Aber vom 8. December an begannen an der linken Halsseite und in beiden Achseln die Lymphdrüsen zu schwellen und die Temperaturen stiegen dabei wieder bis über 39.0. Die neuen Lymphome kamen zu keiner hochgradigen Entwickelung. Durchfälle und Herzschwäche nahmen stetig zu. Am 21. December constatirte auch Dr. Bertenson, dass von Seiten der inneren Organe gar keine Complicationen vorlagen und auch jetzt das mikroskopische Bild des Blutes normal sei. Bewusstsein ganz ungetrübt

Am 26. December starb Pat. in völliger Erschöpfung.

Section am 27. Dec.

Hochgradigste Abmagerung. An den Füssen Oedem. An der rechten Halsseite ein derber, über daumendicker Strang vom Proc. mastoideus bis etwas hinter die Clavicula, wo er plötzlich mit kolbig verdicktem Ende aufhört. Der Strang ist weder mit dem über ihm liegenden Sterno-cleido-mastoideus, noch mit dem Bündel der Gefässe und Nerven, die an seiner Innenseite liegen, verwachsen, auch der Plexus brachial. und die subclavic. Gefässe werden nicht gedrückt. Der Kehlkopf weicht nur wenig nach links ab. Der Strang ist recht derb, hat äusserlich eine cylindrische gleichmässige Form, ohne dass sich die Elemente, aus denen er zusammengesetzt ist, durch Palpation differenziren lassen. Auf Durchschnitten sieht man dagegen, dass dieselben nicht homogen sind, sondern dicht aneinanderliegende, ovale Durchschnitte von Lymphdrüsen mit spärlichen derben Bindemassen zwischen ihnen. Die Consistenz jeder Drüse ist auch fest, derb, nirgends eine Andeutung von Verkäsung oder Vereiterung. Die mikroskopische Untersuchung folgt.

Pleurahöhlen leer. Beide Lungen nirgends adhärent; an den vorderen Rändern starkes Emphysem, das sich in fast scharfer Linie von den übrigen Lungentheilen durch Farben- und Volumdifferenzen abhebt. Lungen durchweg lufthaltig, sehr



Dr. Westphalen, Prosector de[s] ... pitals hatte die Güte, die mikroskopische Untersuchung auszuführen. Der Befund war folgender:

Leber, chronische venöse Hyperaemie mit Atrophie der Leberzellenbalken im Centrum der Acini und Pigmentablagerung in den Leberzellen.

Niere, leichte Trübung (?). Geringgradige Vermehrung des Epithels der Bowmann'schen Kapseln.

Halslymphdrüsen: die normale Lymphdrüsenstructur mit der Scheidung in Follikel, Markstränge und Lymphwege nicht zu erkennen. Einige Stellen zeigen den Charakter einer einfachen Hyperplasie des lymphadenoiden Gewebes, an andern erkennt man wiederum die Entwickelung von reichlichem oft ziemlich derbem Bindegewebe, welches oft eine hyaline Beschaffenheit darbietet; an andern Regionen wiederum treten die Erscheinungen einer grosszelligen Hyperplasie mehr in den Vordergrund.

Ein grosser Theil der Lymphdrüsen ist wiederum augenscheinlich in Zerfall begriffen. Die Zellkerne färben sich schlecht, erscheinen mehr homogen und gequollen. Auch ist das Gewebe hier von einer Menge grösserer und kleinerer scharf tingirter Körner (Reste zerfallener Zellkerne) durchsetzt. Innerhalb solcher Herde erkennt man auch gelegentlich Haufen feinster Molekeln — Zooglöen, welche namentlich bei Anwendung des Gram'schen Färbeverfahrens sehr deutlich hervortreten. Durch diese Methode gelingt es auch an vielen Stellen der Zerfallherde kettenförmig angeordnete Kokken — Streptokokken — zu entdecken. Erwähnenswerth wäre noch, dass sich namentlich in der Nähe der Zerfallszone mehrkernige, lymphoide Elemente, voraussichtlich Exsudatzellen, finden, welche das Gewebe durchsetzen (zellige Infiltration). Dr. Westphalen schliesst seine Mittheilung: «Ueber die nähere Natur des Krankheitsvorganges in den Lymphdrüsen bin ich nicht in der Lage, mir ein einwandfreies Urtheil zu schaffen».

Die Diagnose «Pseudoleukämie» war gesichert, als sich die Lymphome am Halse etablirten und sich als primäre erwiesen, die dann im weiteren Verlaufe weder vereiterten noch verkästen. Denn das lässt sich aus allen dahin gerechneten Krankheitsgeschichten als Gemeinsames zur Definition der Krankheit gewinnen, dass man unter Pseudoleukämie eine Allgemeinerkrankung versteht, die auf einer Hyperplasie der blutbildenden Organe, vornehmlich der Lymphdrüsen, beruht, verbunden mit einer hochgradigen Anaemie, ohne dass die corpusculären Elemente des Blutes eine wesentliche Aenderung erfahren hätten. Als höchst wahrscheinlich darf man hinzufügen, dass es sich dabei um eine bakterielle Infectionskrankheit handelt. Wie diese vermuthete Infection zu Stande kommt, ist noch ganz dunkel, die meisten Autoren wissen von vorangegangenen schwächenden Momenten (Krankheiten, Blutungen, Durchfällen) zu erzählen. Hier ist ein mit wenigen Unterbrechungen 9 Monate lang dauernder

... Wochenschrift 1890 Nr. 31) hatte das Fieber einen sehr rythmischen Verlauf — 10 Tage dauerte es und ebenso lang war die Pause. Die Steigerungen sind immer allmähliche ohne Schüttelfröste, ebenso die Abfälle nicht plötzlich unter Schweissen. Unzweifelhaft gehen die Steigerungen Hand in Hand mit dem Anschwellen der Lymphdrüsen (neue Invasionen der Infectionsträger?). Die Regelmässigkeit zeigt meine Curve nicht, es sind mehrere Relapse da, aber von ungleicher Dauer. Der Nachlass des Fiebers im Anfange December fiel mit der raschen Abnahme der Lymphome zusammen, das war augenscheinlich, für die 3 tägige Fieberpause vom 23—25 November ist das nicht nachzuweisen. Diarrhoen und Antipyretica haben hier vielleicht mehr Veranlassung gegeben. Dagegen ist das Schwinden der mächtigen Oedeme (angefangen in Erlangen, vollendet im August und September hier) ganz isochron mit langer Fieberlosigkeit, während zum Beginn des Oedems ausgesprochenes Fieber war (täglich über 38.0 — leider damals nicht Buch geführt). Dieses Hand in Hand gehen von Oedem und Fieber scheint mir in diesem Falle auch für Compression der V. cava durch ein an- und abschwellendes Lymphom zu sprechen. Ganz correspondirend den bisherigen Mittheilungen waren die Lymphome auch auf der Höhe ihrer Entwickelung nie so hart, wie die scrophulösen, ehe sie verkäsen, und kam es nicht zur Abscedirung oder Verkäsung. Auch ein Durchbruch der Drüsenkapseln fand im vorliegenden Falle nicht statt, wie es doch schon mehrfach beobachtet ist; ob nicht daher hier alle metastatischen Lymphombildungen fehlten, die jetzt schon von einigen Autoren (Prof. Dreschfeld deutsche med. Wochensch. 1891 Nr. 42) als pathognomonisch hingestellt werden, besonders in der Leber und Milz? Dr. Westphalen fand die Leber, Milz und Nieren frei von solchen Neubildungen. Vielleicht im Zusammenhang damit waren auch die Milz und Leber nicht vergrössert, was wenigstens von der Milz meist auch verlangt wird.

Was aber ungewöhnlich im vorliegenden Falle in Bezug auf die Lymphome ist, das ist das Zurückgehen des harten Tumors von Faustgrösse bis auf Daumengrösse während des Lebens. So weit ich mich in der Literatur umsehen konnte (freilich ist das nur unvollkommen geschehen) ist nur in Eulenburg's Realencyclopädie im Abschnitt Pseudoleukämie eine beiläufige Notiz, dass es vorgekommen sei, dass die Lymphome vor dem Tode an Volumen abnehmen. Die Behandlung hat das nicht ver-

blass, in den abhängigen Theilen etwas mehr Blut. Nirgends Verdichtung. nirgends Tuberkeln. Bronchialdrüsen nirgends vergrössert.

Herzbeutel leer. Herz klein. ausserordentlich welk, schlaff. die Muskulatur sehr blass, fettig. Ostien und Klappen normal, An der Intima aortae dichtes, kleinfleckiges Atherom.

Bauchhöhle trocken. Därme theilweise stark gebläht. Milz 11/6½ und 4 Cm., derb. Leber 26 Cm. lang, rechts 18, links 12 Cm. hoch und rechts 8 Cm. dick. In der Gallenblase reichliche. dünnflüssige, sehr helle Galle. Die Durchschnitte von Leber und Milz bieten nichts Abnormes.

Nieren 10/5 und 3 Cm.. beide tief gelappt. aber die Kapsel lässt sich leicht, auch aus den Furchen. abziehen. Ganz normale Zeichnung.

Magen ziemlich ausgedehnt. Schleimhaut dünn. aber sehr injicirt durch pralle Füllung der Capillaren. Dünndarm enthalt sehr wenig flüssigen Inhalt. der gallig gefärbt ist. Die Schleimhaut nur im untersten Theil des Ileum blass und atrophisch. sonst succulent mit stark verdickten Falten. Im Jejunum ein linsengrosses, ziemlich tiefes Geschwür mit schwarzrothem Grunde — auf der Serosa entsprechend ein schwarzrother Fleck.

Die Follikel nirgends geschwellt. die Peyer'schen Plaques sind nur dadurch auffallend. dass sie die stark gewulsteten Querfalten unterbrechen.

Im Dickdarm gutgefärbter fester Koth. Kein Bandwurm. Nirgends im Unterleibe geschwellte Drüsen.

Die Aorta abdom. und thoracica und die Vena cava inf. zeigen überall ein weites. freies Lumen.

Das Bindegewebe um die Gefässe locker und weit. Es lässt sich nicht constatiren, ob hier eine Compression stattgefunden haben kann.

Dr. Westphalen, Prosector des Deutschen Alexanderhospitals hatte die Güte. die mikroskopische Untersuchung auszuführen. Der Befund war folgender:

Leber, chronische venöse Hyperaemie mit Atrophie der Leberzellenbalken im Centrum der Acini und Pigmentablagerung in den Leberzellen.

Niere, leichte Trübung (?). Geringgradige Vermehrung des Epithels der Bowmann'schen Kapseln.

Halslymphdrüsen: die normale Lymphdrüsenstructur mit der Scheidung in Follikel. Markstränge und Lymphwege nicht zu erkennen. Einige Stellen zeigen den Charakter einer einfachen Hyperplasie des lymphadenoiden Gewebes, an andern erkennt man wiederum die Entwickelung von reichlichem oft ziemlich derbem Bindegewebe, welches oft eine hyaline Beschaffenheit darbietet; an andern Regionen wiederum treten die Erscheinungen einer grosszelligen Hyperplasie mehr in den Vordergrund.

Ein grosser Theil der Lymphdrüsen ist wiederum augenscheinlich in Zerfall begriffen. Die Zellkerne färben sich schlecht, erscheinen mehr homogen und gequollen. Auch ist das Gewebe hier von einer Menge grösserer und kleinerer scharf tingirter Körner (Reste zerfallener Zellkerne) durchsetzt. Innerhalb solcher Herde erkennt man auch gelegentlich Haufen feinster Molekeln — Zooglöen, welche namentlich bei Anwendung des Gram'schen Färbeverfahrens sehr deutlich hervortreten. Durch diese Methode gelingt es auch an vielen Stellen der Zerfallherde kettenförmig angeordnete Kokken — Streptokokken — zu entdecken. Erwähnenswerth wäre noch, dass sich namentlich in der Nähe der Zerfallszone mehrkernige. lymphoide Elemente, voraussichtlich Exsudatzellen, finden, welche das Gewebe durchsetzen (zellige Infiltration). Dr. Westphalen schliesst seine Mittheilung: «Ueber die nähere Natur des Krankheitsvorganges in den Lymphdrüsen bin ich nicht in der Lage. mir ein einwandfreies Urtheil zu schaffen».

Die Diagnose «Pseudoleukämie» war gesichert, als sich die Lymphome am Halse etablirten und sich als primäre erwiesen, die dann im weiteren Verlaufe weder vereiterten noch verkästen. Denn das lässt sich aus allen dahin gerechneten Krankheitsgeschichten als Gemeinsames zur Definition der Krankheit gewinnen, dass man unter Pseudoleukämie eine Allgemeinerkrankung versteht, die auf einer Hyperplasie der blutbildenden Organe, vornehmlich der Lymphdrüsen. beruht, verbunden mit einer hochgradigen Anaemie, ohne dass die corpusculären Elemente des Blutes eine wesentliche Aenderung erfahren hätten. Als höchst wahrscheinlich darf man hinzufügen, dass es sich dabei um eine bakterielle Infectionskrankheit handelt. Wie diese vermuthete Infection zu Stande kommt, ist noch ganz dunkel. die meisten Autoren wissen von vorangegangenen schwächenden Momenten (Krankheiten. Blutungen. Durchfällen) zu erzählen. Hier ist ein mit wenigen Unterbrechungen 9 Monate lang dauernder Durchfall vorangegangen. Im Mai waren die Abmagerung und noch mehr die sehr auffallende Anaemie da. Diese Anaemie wurde im Anfange des Sommers, trotz günstiger hygienischer Bedingungen und Aufhören der Diarrhoe, nicht schwächer und nun trat Oedem der Füsse auf. das rasch zunahm und nach Ausdehnung und Grösse nur von einer Compression der Vena cava inf. abhängen konnte. Aber während des Lebens liess sich ein comprimirender Tumor nicht fühlen und auch bei der Section liess sich in der Umgebung der Cava kein Rest eines solchen finden. In der deutschen medic. Wochenschr. 1891 Nr. 51 theilt M. Joseph die Section eines Falles von Pseudoleukämie mit, wo in der Wand der Vena jugul. dextr. eine Lymphgeschwulst gefunden wurde. Da die Lymphome, wie mein Fall zeigt, auch sehr stark wieder abschwellen können, so ist es nicht unmöglich, dass die Compression der Vena cava auch hier durch solch ein wandständiges Lymphom zu Stande gekommen ist. Wenn ich damals bei der Section von dieser Möglichkeit gewusst hätte, hätte ich die Venenwand nach etwaigem Reste einer solchen Bildung genauer abgesucht.

Im weiteren Verlaufe ist der vorliegende Fall in guter Uebereinstimmung mit den bisherigen Mitheilungen, was das Fieber betrifft. Immer wurde solches gefunden, wo darauf geachtet wurde, und immer im Typus des recurrirenden. Zuweilen (Fall Klein — Berliner klinische Wochenschrift 1890 Nr. 31) hatte das Fieber einen sehr rythmischen Verlauf — 10 Tage dauerte es und ebenso lang war die Pause. Die Steigerungen sind immer allmähliche ohne Schüttelfröste, ebenso die Abfälle nicht plötzlich unter Schweissen. Unzweifelhaft gehen die Steigerungen Hand in Hand mit dem Anschwellen der Lymphdrüsen (neue Invasionen der Infectionsträger?). Die Regelmässigkeit zeigt meine Curve nicht, es sind mehrere Relapse da, aber von ungleicher Dauer. Der Nachlass des Fiebers im Anfange December fiel mit der raschen Abnahme der Lymphome zusammen, das war augenscheinlich. für die 3 tägige Fieberpause vom 23—25 November ist das nicht nachzuweisen. Diarrhoen und Antipyretica haben hier vielleicht mehr Veranlassung gegeben. Dagegen ist das Schwinden der mächtigen Oedeme (angefangen in Erlangen, vollendet im August und September hier) ganz isochron mit langer Fieberlosigkeit, während zum Beginn des Oedems ausgesprochenes Fieber war (täglich über 38.0 — leider damals nicht Buch geführt). Dieses Hand in Hand gehen von Oedem und Fieber scheint mir in diesem Falle auch für Compression der V. cava durch ein an- und abschwellendes Lymphom zu sprechen. Ganz correspondirend den bisherigen Mittheilungen waren die Lymphome auch auf der Höhe ihrer Entwickelung nie so hart, wie die scrophulösen, ehe sie verkäsen, und kam es nicht zur Abscedirung oder Verkäsung. Auch ein Durchbruch der Drüsenkapseln fand im vorliegenden Falle nicht statt, wie es doch schon mehrfach beobachtet ist; ob nicht daher hier alle metastatischen Lymphombildungen fehlten, die jetzt schon von einigen Autoren (Prof. Dreschfeld deutsche med. Wochensch. 1891 Nr. 42) als pathognomonisch hingestellt werden, besonders in der Leber und Milz? Dr. Westphalen fand die Leber, Milz und Nieren frei von solchen Neubildungen. Vielleicht im Zusammenhang damit waren auch die Milz und Leber nicht vergrössert, was wenigstens von der Milz meist auch verlangt wird.

Was aber ungewöhnlich im vorliegenden Falle in Bezug auf die Lymphome ist, das ist das Zurückgehen des harten Tumors von Faustgrösse bis auf Daumengrösse während des Lebens. So weit ich mich in der Literatur umsehen konnte (freilich ist das nur unvollkommen geschehen) ist nur in Eulenburg's Realencyclopädie im Abschnitt Pseudoleukämie eine beiläufige Notiz, dass es vorgekommen sei, dass die Lymphome vor dem Tode an Volumen abnehmen. Die Behandlung hat das nicht ver-

anlasst, denn jeder Versuch mit Arsenik musste immer gleich wieder unterlassen werden, wegen rasch zunehmender Durchfälle. An sich hat es ja nichts Befremdliches, dass auch maligne Neubildungen eine Art Selbstheilungsprocess eingehen, wie wir solche am Scirrhus z. B. der Mamma Aehnliches erleben.

Die wiederholte mikroskopische Untersuchung des Blutes ergab das gleiche Resultat wie auch sonst gefunden worden ist. Die Zahl der rothen Blutkörper war wohl etwas vermindert, ihre Gestalt nicht verändert: die weissen waren jedenfalls nicht vermehrt.

Die im Verhältniss zu den übrigen Harnbestandtheilen von Dr. Biel constatirte ganz ausserordentliche Verminderung des Harnstoffes und der Chloride wird auch von anderen Autoren, die darauf achteten (Dr. Klein siehe oben), angegeben. Wie bei allen mitgetheilten Fällen erfolgte auch hier der Tod durch Erschöpfung bei völliger Appetitlosigkeit und beständigen Diarrhoen, während hier keine Blutverluste stattfanden, die sonst nicht selten beobachtet wurden.

Zum Schluss sei noch einmal auf den mikroskopischen Befund der Halslymphome hingewiesen. Dr. Westphalen fand bei seiner Untersuchung (Frühling 1890) im Wesentlichen dasselbe Bild, was bisher die pathologischen Anatomen bei den Lymphomen bei Pseudoleukämie gefunden hatten, nur erwähnt er der zuweilen hyalinen Beschaffenheit des Bindegewebes und der Anwesenheit grösserer Mengen von Streptokokken. Im August desselben Jahres 1890 veröffentlicht Klein seinen Fall in der Berliner klin. Wochenschrift, wobei er auch gerade hyaline Entartung in den kleineren Gefässwänden und auch sonst vielfach in den malignen Lymphomen constatirt, und was die Mikroorganismen betrifft, so sagt er: «die bakteriol. Untersuchung ergab reichliche Kokken — bald als Haufen, bald als Ketten gesammelt, die ihrer Grösse und Zusammenhäufung nach dem Streptococcus pyogenes so gut wie vollständig gleichen». Und weiter: «Was die Pseudoleukämie mit recurrirendem Fieberverlauf betrifft, so ist die bakterielle Infection die wahrscheinliche Ursache. Uebrigens sind schon für die Pseudoleukämie manche Thatsachen bekannt, die ihren infectiösen Ursprung zu bestätigen scheinen. So fanden 1886 Majocchi und Picchini in den malignen Lymphomen Kettenkokken mit Bacillen gemischt. Kurz darauf 1888 fand Maffucci in den Lymphombildungen bei Pseudoleukämie reichlich Kettenkokken; auch in den von den Lymphomen angelegten künstlichen Culturen gingen Colonien auf, die ihren morphologischen, biologischen und thierpathologischen Zeichen nach so gut wie vollständig dem Streptococcus pyogenes glichen. Trotzdem wir diesen nur ausschliesslich als Ursache der Eiterung ansehen, hält ihn Maffucci für die Ursache der malignen Lymphombildung». Klein schliesst seine Mittheilung: «Jedenfalls werden in obigen Thatsachen die künftigen Forscher der Aetiologie der Pseudoleukämie und zwar ihrer fieberhaften Form, einen bestimmten Wegweiser besitzen. Es bleibt nur noch zu wünschen, dass die Zahl solcher Beobachtungen sich fortwährend vermehre, dann werden diese Thatsachen eine neue entsprechende Beleuchtung erhalten und die parasitäre Herkunft dieses dunklen Leidens einen festeren Boden gewinnen».

Referate.

Die wissenschaftlichen Arbeiten der Dorpater medicinischen Facultät in den Jahren 1802—1892.

Obgleich wir schon in Nr. 2 des vorliegenden Jahrganges unserer Wochenschrift der unter Kobert's Leitung von A. Grünfeld verfassten Zusammenstellung aller Schriften und Arbeiten Erwähnung gethan haben, welche von den Lehrern und Studirenden der Dorpater medicinischen Facultät vom Jahr 1802 bis jetzt veröffentlicht worden sind, so sehen wir uns doch veranlasst, nochmals auf diese interessante und lehrreiche bibliographische Arbeit zurück zu kommen, weil sie uns die Möglichkeit giebt, die Leistungen der Dorpater medicinischen Facultät objectiv zu überschauen.

Da es bei einem Theil der russischen Presse gegenwärtig Modesache ist die Dorpater medicinische Schule, namentlich aber unsere Doctordissertationen zu bemängeln und herabzusetzen und da bei diesen Bestrebungen meistens mehr Eifer als Sachkenntniss entwickelt wird, so dürfte eine objective Prüfung wohl am Platze sein. Herr Grünfeld selbst hat darauf verzichtet, aus seiner Arbeit irgend welche Schlüsse zu ziehen, weil er die Thatsachen für sich selbst reden lassen will. Wir jedoch wollen, so weit die engen Grenzen dieser Besprechung es gestatten, festzustellen suchen, was die Thatsachen uns lehren.

Während des 90 jährigen Bestehens der medicinischen Facultät zu Dorpat, sind aus dem Schoss derselben hervorgegangen — 2696 Arbeiten, von welchen 1175 Facultätsmitglieder (Professore, Docenten, Privatdocenten) zu Verfassern haben, während 1442 Werke Doctordissertationen darstellen und der Rest von 79 Arbeiten auf die mit Medaillen prämiirten Preisarbeiten der Studenten entfällt. Diese Ziffern erscheinen auf den ersten Blick nicht sonderlich gross, — im Ganzen durchschnittlich 30 Arbeiten auf's Jahr — wenn wir aber die Vertheilung der Arbeiten auf die einzelnen Jahrzehnte betrachten, so erhalten wir nicht uninteressante Zahlen.

Jahrzehnt	I.	II.	III	IV.	V.	VI.	VII	VIII	IX	Im Ganzen
Jahreszahl	1802—11	12—21	22—31	32—41	42—51	52—61	62—71	72—81	82—91	1802 bis 1891.
Arbeiten der Docirenden	14	27	4	35	48	50	190	306	501	1175
Dissertationen . .	34	65	113	133	84	204	152	182	475	1442
Preisschriften. . .	3	4	6	3	7	6	10	14	26	79
In Summa	51	96	123	171	139	260	352	502	1002	2696

Wenn wir die Summationszahlen für die einzelnen Jahrzehnte in pCt. der Gesammtsumme ausdrücken, so erhalten wir folgende Reihe:

I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.
1,9%	3,7%	4,6%	6,4%	5,0%	9,6%	13,0%	18,6%	37.2%

Wir sehen also, dass die Zahl der Arbeiten stetig, und in den letzten Jahrzehnten sogar rapide zunimmt, so dass im letzten Jahrzehnte etwa 37 pCt. aller der in 90 Jahren producirten Arbeiten erschienen sind, also gerade doppelt so viel Veröffentlichungen wie im achten Decennium.

Nur das fünfte Jahrzehnt zeigt gegenüber seinem Vorgänger einen Rückschritt, der übrigens dem Kenner der Entwicklung und Geschichte unserer Universität wohl verständlich sein wird; war es doch die Zeit des Craffström'schen Regimentes, mit seiner Beschränkung der Lehrfreiheit und der Einengung der autonomen Rechte unserer Hochschule.

Der colossale Aufschwung dagegen, welchen die letzten Jahrzehnte aufweisen, ist ohne Zweifel der anregenden Thätigkeit zu verdanken, die von den Professoren unserer Facultät in dieser Zeit entfaltet wurde, wo Dank der Fürsorge eines wohlwollenden Ministeriums die klinischen Anstalten erweitert und die Mittel zur Vergrösserung und zum Neubau der übrigen medicinischen Institute herbeigeschafft wurden. Dass übrigens die Arbeit der Professore sich nicht nur auf ihre Lehrthätigkeit und die Beaufsichtigung der Dissertationsarbeiten der Doctoranden beschränkt hat, geht wohl am Besten daraus hervor, dass die Mehrzahl der in den letzten Decennien erfolgten Veröffentlichungen von den Professoren und Docenten selbst und nicht von ihren Schülern herstammt.

Was nun die Dorpater medicinischen Inauguralabhandlungen anlangt, die jetzt das Tagesgespräch der russischen medicinischen Welt bilden, so wollen wir unsere Leser nicht mit Commentaren zu allen den Gehässigkeiten und Verdächtigungen, denen unsere Dissertationen ausgesetzt worden, belästigen — es mag genügen die Thatsache anzuführen, dass aus der Zahl der Schüler der Dorpater medicinischen Facultät im Ganzen 87 ordentliche Professore und 24 Docenten und Privatdocenten der Medicin hervorgegangen sind, d. h. 7,7 pCt. aller Doctoranden schlugen die academische Carrière ein und jeder 16. bis 17. Doctor medicinae Dorpatensis hat es zum ordentlichen Professor der Medicin gebracht. Wir überlassen es unsern Gegnern darüber nachzudenken, wie diese Thatsache wohl mit der angeblichen Inferiorität unserer Dissertationen zusammenhängen könnte.

Dehio.

A. Riffel: Mittheilungen über die Erblichkeit und Infectiosität der Schwindsucht. Braunschweig. Harald Bruhn. 1892.

Verfasser der vorliegenden Arbeit hat sich bemüht Thatsachen zu sammeln, die zur Lösung der Frage, ob die Tuberculose eine rein erbliche, oder eine rein ansteckende Krankheit sei, beitragen konnten. Zu diesem Zwecke wurden sämmtliche Familien eines Ortes von 1200 Einwohnern auf die Gesundheitsverhältnisse der einzelnen Mitglieder, wie sie in den letzten 200 Jahren nach und nebeneinander gelebt haben, resp. zur Zeit noch leben, geprüft. Die Todesursachen sind nach amtlichen Berichten eingetragen. Im Uebrigen hat sich Verf. auf die Aussagen von Verwandten, Alters- und Zeitgenossen der Verstorbenen verlassen. Die Hauptfamilien sind alphabetisch, die Unterfamilien chronologisch geordnet. Auf diese Weise hat Verf. ein Material geschaffen, das wohl der Beachtung und des näheren Studiums werth ist. Wir können uns leider hier nicht mit Einzelheiten beschäftigen, wollen aber doch die wichtigsten Schlussfolgerungen des Autors anführen. Er findet, dass wo die Schwindsucht einmal in einer Familie aufgetreten ist, sie sich in der Regel auch fortpflanzt: sie tritt bald stärker, bald schwächer auf, einzelne Individuen, zuweilen sogar ganze Generationen verschonend und wird von diesen Familien durch Heirathen auch auf andere übertragen. Bei schwindsüchtigen Familien ist mit wenigen Ausnahmen die Kindersterblichkeit schon eine sehr grosse. Bei Familien, wo beide Eltern erblich belastet sind, ist die Sterblichkeit in weitaus den meisten Fällen grösser, als in solchen, wo nur eines der Eltern belastet ist, ob in dem letzteren Falle der Vater oder die Mutter der erblich belastete Theil ist, hat keinen Einfluss auf die Zahl der Erkrankungen bei den Nachkommen. Eine Uebertragung der Schwindsucht von Ehegatten auf Ehegatten, überhaupt von Person zu Person oder durch Wohnungen, Mobilien und Nahrungsmittel scheint nicht stattzufinden. Die Nachkommen schwindsüchtiger Eltern werden vielfach auch schwindsüchtig, wenn sie noch ganz gesund das elterliche Haus verlassen und in andere Wohnungen ziehen. Epidemisch tritt die Tuberculose nie auf. Die Schwindsuchtsfälle in den einzelnen Familien liegen in der Regel 5, 10, 20, 30 und mehr Jahre auseinander. Ausser den Tuberculösen resp. scrophulösen Entzündungen der Augen, Drüsen, Gelenke und Knochen kommen bei schwindsüchtigen Familien auch andere Krankheiten häufig vor, wie Apoplexia, Carcinoma ventriculi, Lungenerkrankungen. — Recht interessante Beispiele, welche die Vererbung von Eigenschaften und Krankheiten illustriren sind in dem Werke nachzulesen.

Abelmann.

Du Mesnil: Ueber den Einfluss von Säuren und Alkalien auf die Acidität des Magensaftes Gesunder. (Deutsche med. Wochensch. Nr. 49, 1892).

Bekanntlich hat W. Jaworski in seinen eingehenden Untersuchungen über die Einwirkung des Natriumbicarbonats und des Carlsbader Quellsalzes auf den gesunden und kranken Magen den Nachweis geliefert, dass bei geringen Gaben von Natrium bicarbonicum ein Theil der Magensäure zwar neutralisirt werde, jedoch bald eine reactive Salzsäuresecretion folge, die häufig über den ursprünglichen Grad noch hinausgeht. In ähnlicher Weise soll auch das natürliche Carlsbadersprudelsalz (5—10 g.) wirken. Verf. hat nun die Jaworski'schen Versuche ergänzt. Die Versuchsanordnung war folgende: Morgens um 7 Uhr wurde der betreffenden Person ein Ewald'sches Probefrühstück, bestehend aus 35 g. Weissbrod und 300 g. dünnen Thees, verabreicht dabei eine bestimmte Quantität Natrium bicarbonicum hinzugefügt. Nach einer Stunde wurde der Mageninhalt exprimirt und 5 Ccm. desselben im Platintiegel mit $^1/_{10}$ Normalnatronlauge im Ueberschuss und gemessener Menge versetzt, vorsichtig zur Trockene verdampft und verascht. Die Asche wurde in $^1/_{10}$-Normalschwefelsäure gelöst (dasselbe Volumen des früher $^1/_{10}$ Normalnatronlauge gebrauchten), die Kohlensäure durch vorsichtiges Erhitzen verjagt und dann unter Zusatz von Phenolphtalein mit $^1/_{10}$ Normalnatronlauge titrirt. Die Zahl der zuletzt verbrauchten Cubikcentimeter Natronlauge ergiebt mit 0,00365 multiplicirt die Gramme freier Salzsäure in der benutzten Quantität Magensaft (5 Ccm.); multiplicirt man mit 20, so erfährt man den Procentgehalt. Aus seinen Versuchen ergiebt es sich, dass nach Verabreichung einer bestimmten Menge Natrium bicarbonicum der Procentgehalt an Salzsäure steigt und erst bei Einverleibung grösserer Mengen unter das Niveau des Normalen herabsinkt. Nur wenn der Magensaft einen sehr hohen Procentgehalt an Salzsäure besitzt, tritt ein weiteres Ansteigen nach Eingabe von Soda nicht ein: Dieses eigenthümliche Verhalten ist nach Verf. nur so zu erklären, dass das Natrium bicarbonicum die Drüsen zu verstärkter Secretion anregt, demnach sind wir berechtigt bei normaler Magenschleimhaut zur Verstärkung der Acidität des Magensaftes kleine Dosen von Soda zu geben, andrerseits ist keine Gefahr vorhanden bei Superacidität durch Einverleibung von Alkalien dieselbe noch zu verstärken. Durch eine weitere Versuchsreihe hat Verf. den Nachweis geliefert, dass man durch Verabreichung von Salzsäure den Magensaft Gesunder säurereicher machen kann, jedoch nur bis zu einer gewissen Grenze, über die hinaus die Zufuhr von Salzsäure nicht getrieben werden darf und ferner, dass nach längerer Salzsäureverabreichung bei Magengesunden die Secretion der Magendrüsen höchst wahrscheinlich abnehme, denn die Gesammtmenge der Salzsäure wächst nicht im Verhältniss zur verabreichten Quantität Säure.

Beim acuten Magenkatarrh, wo durch die Läsion der Magenschleimhaut auch eine directe Schädigung der Drüsensecretion herbeigeführt wird, ferner beim Magenkrebs, Magenatrophie räth Verf. die normale Acidität durch Verabreichung von HCl herzustellen; dagegen in den Fällen, wo es sich um einen mangelnden Secretionsreiz handelt, so bei der Anacidität im Gefolge von Hysterie, bei der verminderten Salzsäuresecretion, die bei Chlorose beobachtet wird, bei den nervösen Dyspepsien, sollen kleine Dosen von Alkalien angezeigt sein. Bei Superacidität sind natürlich grosse Dosen am Platze.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen

Richard Pribram u. Neumann Wender: Anleitung zur Prüfung und Gehaltsbestimmung der Arzneistoffe. Verlag von Moritz Perles, Wien 1893.

Das Buch ist für die Praxis bestimmt. Wenn es auch Kenntnisse in der Chemie und der Untersuchungsmethoden voraussetzt, so haben die Verfasser doch in der Einleitung die wichtigsten Momente, die das Gelingen der Reactionen bedingen, und auch die wichtigsten Instrumente erläuternd berücksichtigt. Dann folgt ein Capitel über Reagentien und volumetrische Lösungen, nebst genauer Angabe der Darstellung und der für die Reagentien geeignetsten Concentrationen. Bei den Prüfungsmethoden sind nur die Reactionen berücksichtigt, die die einzelnen Präparate in einer für praktische Zwecke hinreichenden Weise charakterisiren und mit dem in den Apotheken vorhandenen Reagentienapparat ausgeführt werden können. Der Wiedergabe der Eigenschaften folgt gewöhnlich ein Identitätsnachweis, dann eine Prüfung auf Verunreinigung und schliesslich die Gehaltsbestimmung. Als Ergänzung der Pharmakopoe dürfte das Buch in der That, sowohl Apothekern, als auch Sanitätsbeamten, Aerzten und anderen Personen, die oft in der Lage sind, Arzneimittel untersuchen zu müssen, sehr willkommen sein. Kresling.

O. Rosenbach (Breslau): Ansteckung, Ansteckungsfurcht und die bakteriologische Schule. Stuttgart, Zimmer's Verlag, 1892.

Ausgehend von der Thatsache, dass das Bestreben der Gesellschaft immer mehr dahin gerichtet ist, den mit einer ansteckenden Krankheit Behafteten aus der Familie und aus der Gesellschaft zu entfernen, zieht Verf. gegen das Ueberhandnehmen des Eifers die «Gesammtheit von allen unreinen Elementen zr befreien» zu Felde. Gegen den Ausspruch: «in dem Bestreben, die Gesellschaft um jeden Preis zu retten, wird nicht nur der Diphtheriekranke, der Scharlach- und Masernkranke, der Typhuskranke, sondern auch der Tuberculöse und der Krebskranke als Herd der Ansteckung betrachtet und furchtsam gemieden, obwohl bei verschiedenen der eben erwähnten Krankheitsformen, namentlich bei den letztgenannten beiden Formen, nicht einmal der Schatten einer Berechtigung zur Furcht vor directer Ansteckung besteht» — wird doch von mancher Seite Widerspruch erhoben werden. Wenn auch, wie Verfasser meint, die Athmungsluft beim Passiren durch die Nase filtrirt oder im Falle tieferen Eindringens des Ansteckungsstoffes dieser durch Flimmerbewegungen herausbefördert wird, so lässt Verf. die Möglichkeit ausser Acht, dass die Athmungswege bei bestehendem Katarrh dieser Schutzvorrichtung von Seiten der normalen Schleimhaut verlustig gehen kann. Die Wahrscheinlichkeit zu erkranken ist nach der Ausführung des Verf. für Jeden, der mit den Kranken in Berührung kommt, eine äusserst geringe; zum Beweise wird ausgeführt, dass die Ansteckung der mit Krankenpflege Beschäftigten nicht häufiger vorkommt, als anderswo. R. empfiehlt als besten Schutz die Stählung und Abhärtung des Körpers, wodurch die Widerstandsfähigkeit desselben erhöht wird. «Die Gefahr liegt nicht darin, dass wir von Bakterien ringsum umgeben sind, sondern darin, dass wir unter Existenzbedingungen, welche für uns ungünstig sind, einen Nährboden für unsere Feinde abgeben». R. wendet sich gegen die Ueberschätzung der Bedeutung der Bakterien als Krankheitserreger, sowie gegen die Maxime einen Kranken, weil er Bakterien beherbergt, zu isoliren. Dadurch führt «der egoistische Drang des Einzelnen, sich vor Ansteckung geschützt zu erhalten, zu

dem viel grausameren Egoismus der Gesammtheit»; es widerspricht dem Gebot der Nächstenliebe, zumal da das Loos der betreffenden Kranken durch Isolirung noch trauriger gestaltet wird. Der Beweis ist noch nicht erbracht, dass die Frequenz der Erkrankungsfälle mit den Isolirungsmassregeln in Einklang steht. In der Fürsorge für gute Wohnung, reine Luft und genügende Nahrung bei den minder gut Situirten erblickt R. zu Zeiten einer Epidemie einen sichereren Schutz als in dem Ertheilen von Vorschriften über Verbotenes und Erlaubtes und den bisherigen Desinfectionsmethoden. Verf. schliesst mit dem Wunsche, dass für die Zukunft die Losung lauten soll: «nicht Bakterienfurcht und Desinfectionsmassregeln, sondern Verbesserung der Lebensbedingungen.»

Lingen.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 8. December 1892.

1 und 2) Herr Mobitz stellt zwei von ihm im weibl. Obuchow-Hospital operirte Patientinnen vor:

Fall I. Sarkom der Regio infraclavicularis dextra (Recidiv nach zweimaliger Operation); der Tumor füllte die ganze Gegend zwischen Schlüsselbein und Achsel aus, ragte pilzförmig hervor, secernirte stark und war unbeweglich, mit den tieferen Schichten verwachsen. Am 3. November Operation. Der Tumor wird theils mit dem Paquelin, theils mit dem Messer umschnitten, der Musc. pectoral. maj. fast vollständig, der Deltoideus zum Theil mit entfernt, letzterer mit Schonung der Vena cephalica; im Grunde der Wunde sieht man den M. pector. minor und subclavius. Der Verlauf nach der Operation war ein guter, nur zeigte das nicht eitrige Secret deutliche Blaufärbung und den charakteristischen Geruch des Bacillus pyocyaneus. Am 23. November wurde der grosse granulirende Defect durch Hauttransplantation nach Thiersch gedeckt. Jetzt ist der ganze Defect überhäutet und von einem Recidiv bisher nichts zu sehen.

Herr Hagen-Torn erwähnt hierbei, dass ihm gegen den hartnäckigen Bacillus pyocyaneus bisweilen das Natrium salicylicum gute Dienste geleistet hat.

Inbetreff der Technik der Thiersch'schen Hauttransplantation macht M. noch folgende Angaben: Er führt dieselbe unter aseptischen, nicht antiseptischen Cautelen aus; die Granulationen werden abgeschabt, die Wundränder abgeschrägt, damit die Läppchen sich glatter anlegen. Die Hautstelle, von welcher die Läppchen entnommen werden, wird nur mit Aether abgewaschen, die Läppchen selbst werden möglichst gross genommen (ca. 20 Cm. lang, 4 Cm. breit) und möglichst dünn, mit glatten Rändern geschnitten. Zum Verbande benutzt er ein aus erstarrtem Collodium hergestelltes Protectiv, Trockenverband, erster Verbandwechsel am 6. Tage.

Die Herren Wanach und Schroeder haben von der Antiseptik keinen nachtheiligen Einfluss auf die transplantirten Läppchen gesehen. Ersterer verbindet ohne Protectiv trocken, nach reichlicher Einpuderung mit Jodoform oder Bismuth, weil er unter dem Protectiv stärkere Maceration der Läppchen gesehen hat, letzterer wendet (bei Transplantationen am Augenlid) Protectiv an, wechselt dabei aber täglich den Verband.

Fall II Pat. zeigte ausser Gummaknoten an verschiedenen Körperstellen auch eine Geschwulst an der linken Wange, vor dem Ohr, dem Masseter aufsitzend. Bei der Incision entleerte sich aus derselben eine speichelähnliche Flüssigkeit, der vordere Winkel der Cyste, welche mit dem Masseter verbunden war, communicirte mit dem Ductus stenonianus; es handelte sich also um eine Speichelcyste, doch konnte das centrale Ende des Duct. stenon. nicht gefunden werden. Die Cyste wurde mit einem Stück des Masseter exstirpirt, die Wunde vernäht; der Verband war in den ersten Tagen immer nass, am 7. Tage wurde ein Theil der Nähte entfernt und es ergoss sich aus der Wunde ziemlich viel Speichel. Die Sonde gelangte vom Munde aus durch den Ductus stenonianus in die Wunde. Wider Erwarten schloss letztere sich im weiteren Verlaufe vollständig, ohne Hinterlassung einer Fistel; der Speichel entleert sich jetzt normal durch den Ductus stenonianus in die Mundhöhle.

3 Herr Bidder theilt folgende Fälle mit und demonstrirt die zugehörigen Präparate:

1) Abreissung des vorderen Scheidengewölbes vom Uterus. Kolpoparrhexis in partu. Extraction des Kindes per vias naturales. Laparotomie Exstirpation des ganzen Uterus. Genesung. (Der Fall wird im Centralblatt f. Gynäkologie veröffentlicht werden).

2) Zwei sehr grosse hydrosalpingitische Säcke von einer 34jährigen Frau, die 5 Mal geboren hat, durch Laparotomie gewonnen. Operation ohne Complicationen. Verlauf ganz glatt, höchste Temp. 37,2.

3) Bei einer 23jährigen Frau haben sich, im Anschluss an einen Abort vor c. 1 Jahre, profusere und immer schmerzhaftere Menstrua eingestellt. Vorn links zwischen dem senkrecht stehenden Uterus und der Beckenwand ein länglicher Tumor von Apfelsinengrösse; derselbe lässt sich nach oben links verschieben, worauf der Uterus nach vorne überfällt; sehr bald stellt sich aber das ursprüngliche Verhältniss wieder her, also das sog. «Küstner's'che Zeichen» für Dermoidcysten. Die Laparotomie ergab aber einen parovarialen durchscheinenden Tumor links, an dessen Oberfläche die verdickte kolbige linke Tube verlief. Die rechte, ebenso beschaffene Tube hat sich dem Tumor entgegengekrümmt und ist mit ihm verklebt, so dass beide Tuben von ihm abzugehen scheinen. Das rechte Ovarium lag in Adhäsionen eingebettet an der hinteren Fläche des Uterus und musste von dort ausgeschält werden. Entfernt wurden beide am Abdominalende verschlossene Tuben, der Tumor, der rechte und ein Theil des linken Eierstocks. — Verlauf glatt.

4) Herr Hörschelmann hält einen zum Druck bestimmten Vortrag über das «Drüsenfieber der Kinder» in welchem er einige in allerjüngster Zeit beobachtete Fälle ausführlich referirt. Vortr. hat den Eindruck gewonnen, als trete das Leiden zur Zeit in St. Petersburg epidemisch auf und ersucht daher die Collegen, etwa von ihnen beobachtete Fälle mitzutheilen. Charakteristisch sei in allen Fällen die schmerzhafte Anschwellung der Cervicaldrüsen (am Sternocleido- mastoideus) neben ganz geringfügigen Veränderungen an den sichtbaren Schleimhäuten (Tonsillen, Gaumenbögen, Rachenwand) welche meist nur eine leichte Röthe zeigen. Es sei anzunehmen, dass eine Infection von der Schleimhaut aus erfolge, hier an der Eingangspforte aber nur geringe Veränderungen hervorrufe, um sich dann in den Lymphdrüsen zu localisiren.

Herr Schomacker meint einen solchen Fall von «Drüsenfieber» soeben in Behandlung zu haben; leichte Röthe des Rachens, massenhafte Drüsenpakete um den Sterno-cleido-mastoideus, Fieber, Milz- und Leberschwellung, Albuminurie. Hier besteht ein Rachenkatarrh der sich auf Nase und Tuben fortsetzt.

Herr Schmitz berichtet über einen ähnlichen Fall, in welchem die Drüsenschwellung übrigens nach Abfall des Fiebers noch weiter zunimmt, räth aber zu grosser Vorsicht in der Diagnose, da es noch nicht unzweifelhaft dargethan sei, dass man es im Drüsenfieber, wie Pfeiffer und Rauchfuss behaupten, mit einem morbus sui generis zu thun hat, auch wisse man im gegebenen Falle oft nicht, in welchem Zustande die Drüsen sich früher befunden haben.

Secretär: E. Blessig.

Auszüge aus den Potokollen der Medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 20. Mai 1892.

1. Herr Jaesche giebt einen Bericht über die Sterblichkeit in Dorpat vom 1. Mai 1891 — 30. April 1892 (publicirt in der Petersb. med. Wochenschrift). Herr Jaesche theilt zugleich mit, dass die von ihm geführte Mortalitäts-Statistik aufhören werde, da die örtliche Sanitäts-Commission von sich aus die Sache in die Hand genommen habe.

2. Herr Gerlach hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber die künstliche Darstellbarkeit Curschmann-scher Spiralen. — Als Curschmann eine genaue Beschreibung der von ihm näher gewürdigten Spiralen im Sputum von Asthmatikern gab, stellte er eine neue Erkrankung der Bronchialschleimhaut auf, welche durch Ausscheidung eines eigenartigen Secrets zunächst zur Verengerung der Bronchiolen führe und hierauf das Asthma erzeuge: er gab seiner Krankheit den Namen der Bronchiolitis exsudativa. Zugleich betonte er, dass selbstredend blos dann beim Auftreten der letzteren Asthmaanfälle zu erwarten seien, wenn der Process eine gewisse Ausbreitung und Intensität erreicht hat. Es konnten also zufällige Befunde seiner Spiralen auch bei anderweitigen Lungenerkrankungen, wie z. B. bei Pneumonie u. s. w. nicht als Gegenbeweise gelten. Gerlach fand sowohl im Auswurfe einer fibrinösen Bronchitis als auch bei einem Stauungscatarrh mit Lungenoedem in Folge einer Endocarditis natürliche Spiralen, bei welchen ihm die windhosenähnliche Gestalt derselben auffiel. Die Spiralen endeten nämlich regelmässig in der Art, dass sich gegen ihr Ende hin die spiraligen Windungen immer mehr auflockerten und allmählich als lange Schleimfäden in der Umgebung aufgingen. Auf diese Weise wird der Eindruck erzeugt, als ob eine in die Länge gezogene Schleimflocke um ihre Längsachse gedreht und so zu einer Spirale aufgewunden worden ist. In der That liessen sich mittelst einer feinarmigen Pincette aus sehr verschieden gearteten Sputis typische Curschmann'sche Spiralen erzeugen, womit der Beweis erbracht worden ist, dass diese nicht durch einen specifischen exsudativen Process gebildet werden müssen. Zweitens kann man aus dem

Volum der Spiralen nicht auf ihre Entstehungsart schliessen, da die ursprüngliche Schleimflocke nothwendiger Weise viel breiter sein muss. als die resultirende Spirale. Drittens beobachtete er, dass der centrale Theil des Sputums stärker gewunden sei, als die peripheren. — Was nun den Entstehungsmechanismus der Spiralen anbelangt. so werden sich dieselben wohl so bilden, dass das in den Bronchien abgesonderte zähe Secret durch die beim Asthma herrschenden starken Luftströme zunächst zu Wellen und dann zu pendelförmigen Flocken ausgezogen wird und hierauf bei jeder Ex- oder Inspiration durch das abwechselnde Hin- und Herrollen längs den Bronchialwänden zu einer Spirale aufgewunden und schliesslich von der Wand abgerissen und expectorirt wird. — Dieser Vorgang lasse sich experimentell sehr leicht veranschaulichen, wenn man in einer Glasröhre zwei einander parallele Seidenfäden mit dem einen Ende so befestigt, dass das andere in ein Brotkügelchen geknetet in der Röhre frei flottiren kann. — Athmet man durch diese so vorbereitete Glasröhre, so winden sich die Fäden sofort zu einer Spirale auf. — Da nun auch die Biermer'sche Theorie auf Thatsachen hin aufgebaut ist, welche z. Th. zweideutig, z. Th. sogar direct unrichtig sind, wie z. B. die Behauptung, dass das feine Giemen nothwendiger Weise auf eine Bronchostenose hinweise, müsse man eine andere Erklärung für jenes Asthma suchen, wo sich im Sputum Spiralen vorfinden. Dass das in Bronchien angesammelte Secret in solchen Fällen das ursächliche Moment sei, welches den Anfall erzeuge, gehe schon daraus hervor, dass das Ende desselben mit einer besonders reichlichen Expectoration der Spiralen eingeleitet wird. Das Secret könne aber sehr wohl das Asthma auch so hervorrufen, dass durch irgend eine unvorsichtige Inspiration eine Verlegung der feinen Bronchien erzeugt wird, welche namentlich bei nervösen Personen durch den nun rasch eintretenden Lufthunger zu stürmischen Symptomen Veranlassung giebt.

Herr Dehio hält die Ansicht, dass die Athembehinderung beim Bronchialasthma durch Secretstauung zu erklären sei, für zu weit gehend; viele Erscheinungen weisen darauf hin, dass die plötzlichen Asthma-Anfälle durch nervöse Einflüsse — auch vasomotorische — bedingt seien, in Folge deren reflectorisch ein Krampf der Bronchialmuskeln ausgelöst werde. Namentlich Dr. Moritz-Petersburg vertritt die Anschauung, dass der plötzliche Asthma-Anfall durch vasomotorische Reizung bedingt sei (Schwellung und Röthung der Nasen-, Kehlkopf-, Tracheal- und Bronchial-Schleimhaut). — Lazarus hat nachgewiesen, dass das Asthma durch Vagus-Reizung entstehe, wodurch eine Verkeinerung der Bronchien hervorgerufen werde.

Herr Otto wendet sich gegen die Originalität der von Herrn Gerlach entwickelten Anschauung hinsichtlich der rein mechanischen Entstehungsweise der Spiralen, indem er auf eine Arbeit von Czermak aus dem vorigen Jahre hinweist, in welcher dieser Autor auf dem Wege des Experiments durch axiale Torsion gewöhnlicher Schleimfaden künstliche Spiralen darstellt. In jedem Falle wäre eine Berücksichtigung dieser Arbeit im heutigen Vortrage nothwendig gewesen. Im Uebrigen glaube auch er, dass die von Leyden für Asthma pathognomonisch erklärten Spiralen diesen Anspruch nicht mehr machen könnten, seitdem diese Gebilde sowohl bei Pneumonie als chronischem selbst acutem Bronchialcatarrh gefunden worden sind.

Herr Gerlach. Der Vorwurf, den Herr Otto in Bezug auf Originalität und Nichtberücksichtigung der Czermak'schen Arbeit macht, erkläre sich nur daraus, dass Vorredner nicht den Originalbericht, sondern blos die Anmerkung im Handbuch von Jaksch kenne, denn der erwähnte Autor fand die den Curschmann'schen Spiralen analogen Gebilde im Conjunctivalsecret und hat sich ausdrücklich dagegen verwahrt, dass er diesen Entstehungsmodus auch für die Curschmann'schen Spiralen gelten lassen wolle. Die Art und Weise, wie G. zu seiner Beobachtung gelangt, sei im Vortrage genau wiedergegeben worden und zwar sei dies unbeeinflusst durch Czermak geschehen, woher er sich nicht veranlasst sah, dessen Erwähnung zu thun, um so mehr, als der genannte Autor nicht von Curschmann'schen Spiralen spricht.

z. Z. Secretair: Robert Koch.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Arnemann hat in einem verzweifelten Fall von schwerem Hydrops Anasarca, wo der Exitus letalis von Tag zu Tag erwartet wurde, geradezu phänomenalen Erfolg von tiefen Incisionen gesehen. Es wurden 3 Cm. lange, durch die ganze Tiefe der oedematösen Haut reichende Schnitte angelegt. Die Anasarcaflüssigkeit floss unaufhörlich in solchem Maasse aus, dass schliesslich an ein Auffangen in den oft gewechselten Tüchern nicht mehr zu denken war. Entzündungserscheinungen traten an den Schnitten nicht auf. Arnemann zieht die tiefen Incisionen der Capillardrainage vor.

(Therap. Monatshefte Nr. 10).

— Johann Erdös hat das Kali hypermanganicum mit sehr gutem Erfolge bei acuter Phosphorvergiftung angewandt. Eine gravide Frau nahm 4 Schachteln Phosphorzündhölzchen, weichte dieselben in einem Teller Wasser durch 6 Stunden und trank diese Flüssigkeit bis auf einen geringen Rest aus. Verf. kam nach 2 Stunden und fand die Frau in bewusstlosem Zustande, das Gesicht war blass die Cornea reagirte auf Berührung schwach, der Puls war kräftig. Er applicirte einen halben Ccm. einer 1%igen Apomorphinlösung, worauf Erbrechen erfolgte. Im Verlauf von 1½ Stunden nahm Pat. glasweise 2 Liter einer 1/10 pCt. Kali hypermanganicum-Lösung. Am nächsten Tage wurde noch 1 Liter einer 1/5 pCt. Lösung gegeben. Nach 8 Tagen war die Frau so weit hergestellt, dass sie arbeiten konnte.

(Orvosi Hetilap Nr. 30. Therap. Monatsh. Nr. 10).

Vermischtes.

— Bei der für dieses Semester anberaumten Immatriculation an der Universität Dorpat sind im Ganzen 41 Personen in die Zahl der Studirenden neu aufgenommen worden von denen 34 für die medicinische Facultät (und zwar 6 Mediciner und 28 Pharmaceuten). 1 für die theologische, 4 für die physiko-mathematische und 2 für die historisch-philologische Facultät inscribirt wurden. Ein so geringer Zugang an Studenten ist seit Jahrzehnten in Dorpat nicht vorgekommen, namentlich fällt auch die geringe Zahl der neueingetretenen Mediciner auf, während die Pharmaceuten das grösste Contingent der Neuimmatriculirten gestellt haben. Die Gesammtzahl der Studirenden betrug am 18. Januar d. J. 1586 (gegen 1649 im vorigen Jahre), und zwar vertheilt sich diese Zahl auf die einzelnen Facultäten, wie folgt: Zur medicinischen Facultät zählen 992 (851 Mediciner und 141 Pharmaceuten), zur theologischen Facultät 238, zur physiko-mathematischen 161, und zur historisch-philologischen Facultät 71 Studirende.

— Zum Rector der Universität Tomsk ist an Stelle des Professors Weliki, welcher wegen zerrütteter Gesundheit zurückgetreten ist, der ordentliche Professor der Hygiene Dr. A. Ssudakow ernannt worden.

— Der bisherige Oberarzt des Marienhospitals und Chef des Medicinalwesens des Hafens in Wladiwostok, wirkl. Staatsrath Dr. Victor Siebert, ist in die gleichen Stellungen an dem Marinehospital und dem Hafen von Sewastopol übergeführt worden.

— Verstorben: 1) In Warschau am 19. Januar der dortige ausserordentliche Professor der Pharmacie, Dr. Nikolai Menthien, im 45. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung in der militär medicinischen Academie erhalten. Nach Absolvirung des Arztexamens im Jahre 1875 war M. anfangs Militärarzt und nach Erlangung der Doctorwürde in Charkow habilitirte er sich als Privatdocent an der dortigen Universität. Seit 1884 docirte er in Warschau. Am bekanntesten von seinen Arbeiten ist sein «Cursus der Pharmakognosie» (in russ. Sprache). 2) In St. Petersburg am 5. Januar Dr. Jakob Grossmann, 25 Jahre alt, welcher sich in einem Anfalle von Melancholie mit Cyankalium vergiftet hat. Nach Erlangung des Arztgrades in Charkow, beschäftigte er sich speciell mit physiologischen Studien an der Petersburger Universität. 3) Am 24. Januar in St. Petersburg der Privatdocent der milit.-medicinischen Academie und Consultant des Krankenhauses der Heiligen Olga für Unheilbare, wirkl. Staatsrath Dr. Peter Uspenski. Der Verstorbene hatte seine medicinische Ausbildung an der medico-chirurgischen Academie erhalten und beschäftigte sich speciell mit der Elektrotherapie. Als Arzt für Nervenkranke genoss er hier einen Ruf. 4) Am 3. Januar der Landschaftsarzt des Kotelnitsch'schen Kreises, Nik Lutschinin, im 34. Lebensjahre im Flecktyphus. Der Verstorbene, welcher seine Studien in Kasan gemacht hatte, war in seinem Wirkungskreise sehr beliebt. 5) In Moskau am 5. Januar der Arzt Nikolai Ulanow im 40. Lebensjahre. 6) In Wien am 12. (24.) Januar der bekannte Kliniker, Prof. Dr. Otto Kahler im Alter von 44 Jahren an Zungenkrebs. K. habilitirte sich 1878 in Prag als Privatdocent und war von 1882 an als Professor der klinischen Medicin dort thätig, bis er im Jahre 1889 zum Nachfolger Bambergers nach Wien berufen wurde. Das Hauptgebiet seiner wissenschaftlichen Thätigkeit waren die Krankheiten des Nervensystems.

— Die Professoren Dubois-Reymond und A. Hirsch in Berlin sind von dem Berliner Vereine für innere Medicin in Anlass ihrer in nächster Zeit bevorstehenden 50-jährigen Doctorjubiläen zu Ehrenmitgliedern gewählt worden.

— Der berühmte Physiologe Prof. Dr. Moriz Schiff in Genf, welcher am 16./28. Januar seinen 70. Geburtstag beging, ist in Frankfurt a./Main geboren und in dem Senkenbergischen Institut seiner Vaterstadt, sodann in Heidelberg, Berlin und Göttingen ausgebildet worden. Nach Erlangung der Doctorwürde in Göttingen, widmete er sich längere Zeit zoologischen und physiologischen Studien in Paris. Im Jahre

1854 wurde er als Professor für vergleichende Anatomie nach Bern berufen, von dort 1863 an die Universität Florenz und seit 1876 fungirt er als Professor der Physiologie und Director des physiologischen Instituts an der Universität Genf. Prof. Schiff war einer der ersten Pfleger, der auf Thierversuche gegründeten Experimental-Physiologie, in welcher er das Nervensystem zu seinem Specialgebiet erwählt hat. (A. m. C.-Ztg.)

— Der ehemalige Generaldirector der Medicinalverwaltung von Finnland, wirkl. Staatsrath Dr. v. Willebrand, dessen im Alter von 78 Jahren erfolgten Tod wir in der vorigen Nummer meldeten, war vor der Uebernahme des Postens eines Generaldirectors von 1856—1863 Professor der Pathologie in Helsingfors und galt seiner Zeit für einen der geschicktesten Aerzte im Lande. Während seiner langjährigen Praxis hat W. sich ein grosses Vermögen erworben, welches ihn in den Stand setzte, bedeutende Schenkungen zu machen. So hat er unter Anderem 30,000 finnl. Mark der Wittwen- und Waisenkasse der finnländischen Aerzte und 10,000 Mark zu einem Stipendiumfond der Helsingforser medicinischen Facultät vermacht.

— Wie aus Odessa gemeldet wird, ist der Oberarzt des Odessaer Stadthospitals Dr. Drushinin, welcher seit einiger Zeit unerquickliche Conflicte mit seinen Ordinatoren hatte, von der Stadtduma entlassen worden. Einen so häufigen Wechsel von Oberärzten, wie das Odessaer Stadthospital, hat wohl kaum ein anderes Hospital aufzuweisen!

— Professor Brouardel als Präsident des internationalen Comités des hygienisch-demographischen Congresses ersucht um gefällige Veröffentlichung folgender Concurrenz-Ausschreibung:

Herr Josef Körösi, Director des statistischen Bureaus der Stadt Budapest hat einen Preis von 1500 Francs gestiftet, welcher dem besten Werke über die Aufgaben und die Fortschritte der Demographie zuerkannt werden soll. Die Arbeit soll die wissenschaftliche Aufgabe der Demographie bestimmen, eine kritische Behandlung der diesbezüglich bestehenden Ansichten, sowie jener wichtigsten demographischen Erhebungen bieten, welche im Laufe der letzten fünfzig Jahre in den Hauptstaaten Europas und in den vereinigten Staaten von Amerika veröffentlicht wurden. Der Autor hätte demnach namentlich die Entwickelung des Zählungswesens, der Natalitäts- und Mortalitätsstatistik in's Auge zu fassen und hierbei zu berücksichtigen, wo, wann und durch welche Personen diese Zweige der Demographie Förderung gefunden.

Die eingesendeten Arbeiten können in deutscher, englischer französischer oder italienischer Sprache abgefasst sein und sind anonym bis 1. März 1894 an Herrn Körösi (Budapest) einzusenden. Der Name des Autors ist in einem versiegelten Umschlage beizulegen. Zur Prüfung der Concurrenzarbeiten haben sich nachfolgende Herren bereit erklärt: Dr. Jaques Bertillon, Director des statistischen Bureau's (Paris), Luigi Bordio, Generalsecretär des internationalen statistischen Instituts, Generaldirector der italienischen Statistik (Rom) Dr. V. v. John, Universitätsprofessor (Insbruck), Josef Körösi, Director des communal-statistischen Bureau's (Budapest), Dr. W. Lexis, Vicepräsident des internationalen statistischen Instituts, Universitätsprofessor (Göttingen), Dr. W. Ogle vom Registrar General of births, deaths and marriages (London).

Die Zuertheilung des Preises erfolgt in der Eröffnungssitzung des Budapester-Congresses.

— Dem als Antivivisectionist sich bemerkbar machenden englischen Gynäkologen Lawson Tait (cfr. Nr. 3 d. Wochenschrift) ist von dem Ministerium Gladstone's die Baronetwürde angeboten worden, er soll sie aber, wie verlautet, abgelehnt haben.

— Die Studenten, welche den Cursus in der militär-medicinischen Schule zu Netley absolvirt haben und in nächster Zeit nach Indien geschickt werden sollen, erlernen die Schutzimpfungen gegen die Cholera nach der Chawkinschen Methode, die in grossem Massstabe in Indien angewandt werden soll. Zur Leitung dieser Uebungen ist Dr. Chawkin nach Netley berufen worden.

— Eine Frau Garett hat der John Hopkins University 500,000 Dollars zur Errichtung einer medicinischen Schule für Frauen bei dieser Universität gespendet.

— An der Brüsseler Universität haben im vorigen Jahre 31 Frauen den Cursus absolvirt, und zwar 18 in der medicinischen Facultät, 6 in der philosophischen, 7 haben das Apotheker-Diplom erhalten.

— In Paris erscheint seit dem Beginn dieses Jahres eine neue medicinische Zeitschrift unter dem Titel «Revue internationale de thérapeutique». Redacteur derselben ist Dr. E. Recklin.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 24. Januar d. J. 6377 (75 mehr als in der Vorwoche), darunter 116 Typhus — (2 weniger), 715 Syphilis — (8 weniger), 73 Scharlach — (5 mehr), 14 Diphtherie — (4 mehr), 13 Masern — (2 weniger) und 28 Pockenkranke (11 mehr als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Im Kreise Tscherepowez sind 3 Vacanzen für Aerzte. Gehalt 1200 Rbl. jährlich. Die Meldung wird per Telegramm erbeten.

2) in Brjansk (Gouv. Orel) ist die Stelle eines städtischen Sanitätsarztes erledigt. Die Bedingungen sind dem Stadtamt brieflich mitzutheilen.

3) Von dem Ssysran'schen Landschaftsamte wird ein Arzt gesucht, welcher für die Landschaftsärzte während ihrer Krankheit oder ihrer Beurlaubung zu vicariiren und die nöthigen Massregeln gegen Epidemien zu ergreifen hat. Gehalt 1200 Rbl. jährlich.

4) In Kotelnitsch (Gouv. Wjatka) ist die Stelle eines Landschaftsarztes erledigt. Gehalt 1200 R. Die Meldung geschieht beim Landschaftsamte.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 17. Januar bis 23. Januar 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
329	238	567	121	48	73	15	9	16	40	66	62	33	49	26	9	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 1, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 2, Scharlach 19, Diphtherie 3, Croup 0, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 28, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 112, Tuberculose anderer Organe 8, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 16, Krankheiten des Verdauungscanals 40, Todtgeborene 28.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 2. Februar 1893.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 8. Februar 1893.

Дозв. ценз. Спб. 29 Января 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 6 St. Petersburg, 6. (18.) Februar **1893**

Ein Fall von spontaner Heilung eines Kehlkopfpolypen nach nöthig gewordener Tracheotomie.

Vortrag mit Krankenvorstellung, gehalten den 12. März 1890 in der medicinischen Gesellschaft zu Wilna.

Von

Dr. L. Stembo.

Patientin R. E. S. ist 42 Jahre alt, Menses seit ihrem siebzehnten Lebensjahre immer regelmässig. Sie ist seit vierundzwanzig Jahren verheirathet, hat elfmal geboren und einmal vor achtzehn Jahren abortirt. Zwei Jahre nach der Verheirathung machte sie einen schweren Typhus durch. Die Kranke hustet schon seit langer Zeit ohne jedoch jemals Blut im Auswurf bemerkt zu haben. Hautausschläge hat sie nie gehabt.

Anfang September 1887 begann Patientin stark zu husten und ein unangenehmes Gefühl in der Kehle zu spüren, wobei ihr auch die Sprache schwer wurde. Dieser Zustand steigerte sich allmählich so, dass die Stimme tonlos wurde. An Stelle des blos unangenehmen Gefühls in der Kehle traten Erstickungsanfälle, wie von einem im Halse steckenden Fremdkörper, ein.

Die Kranke hatte ausser einer Reihe innerer Mittel noch Einreibungen und Einathmungen von warmen Dämpfen gebraucht. Laryngoskopisch wurde Patientin, ihrer Aussage nach, noch niemals untersucht.

Ich bekam die Kranke zum ersten Male zu Gesicht in der Nacht vom 27. auf den 28. December desselben Jahres 1887.

Patientin war damals im siebenten Monat schwanger, von mittlerem Wuchs, schwachem Knochenbau mit eingefallener Brust. Sie sass am Rande ihres Bettes, sich fest mit den Händen auf denselben stützend. Gesicht, Lippen und Fingernägel waren blau verfärbt, die Nasenflügel und Mm. scaleni arbeiteten stark. Schon im Vorzimmer war ihre angestrengte und geräuschvolle Athmung hörbar. Puls 140 — fadenförmig, zeitweilig kaum fühlbar Athmung 30, wobei die Inspiration stark verlängert war. Die Percussion ergiebt eine sehr unbedeutende Dämpfung an beiden Lungenspitzen, besonders vorn links, die Auscultation ist fast unmöglich, weil die Athmung beinahe vollständig durch die langgezogenen Stenosengeräusche verdeckt ist. Der Fremitus pectoralis ist abgeschwächt, der Fremitus laryngis fehlt vollständig an der linken und ist kaum nachweisbar an der rechten Seite. Eine Schwellung der Lymphdrüsen ist nirgends bemerkbar. Druck auf den Kehlkopf ist nicht schmerzhaft. Das Schlucken macht keine Beschwerden. Die Zunge ist etwas belegt. Die Schleimhaut des Mundes und des Rachens ist auffallend blass, ebenso blass ist der sichtbare Rand der Epiglottis. An der hinteren Rachenwand Spuren einer atrophischen Pharyngitis, sonst nichts Abnormes. Herzgrenzen normal, Töne sehr dumpf, besonders ist der erste Herzton kaum hörbar. Die kindlichen Herztöne sind ziemlich deutlich hörbar. Körpertemperatur 36,8.

Die Untersuchung des Kehlkopfs konnte bei meinem ersten Besuche Nachts nicht ausgeführt werden, weil ich mein Laryngoskop nicht bei mir hatte. Nachdem ich Excitantia und Einathmung von Sauerstoff angeordnet hatte, rieth ich einen Chirurgen zu Rathe zu ziehen.

Am 28. December 11 Uhr morgens wurde ich wiederum zur Kranken geladen und ergab die laryngoskopische Untersuchung folgendes Resultat: Die Epiglottis und die Lig. ary-epiglottica sehr blass, die Cartilagines arytaenoides ebenfalls; der linke Aryknorpel steht etwas hinter dem rechten und ist wenig beweglich. Beim Athmen bewegt sich nur das rechte Stimmband etwas zur Seite. Beide Stimmbänder haben ihren normalen Glanz verloren und sind leicht dachförmig erhoben durch einen Körper, der unter und zwischen ihnen liegt. Bei sehr angestrengtem tiefem Athmen war ein dünner Rand dieses Körpers sichtbar, welcher unter das linke Stimmband ein wenig hinter seiner Mitte sich erstreckte. Die Farbe dieses Körpers war eine ebenso blass-röthliche wie die der benach-

barten Schleimhaut. An zwei oder drei Stellen der Geschwulstoberfläche waren Geschwürchen von unregelmässiger Form sichtbar.

Die Untersuchung des Kehlkopfs bewies klar, dass nur einzig und allein chirurgische Hilfe die Kranke retten konnte. Bei den im Augenblicke obwaltenden Umständen konnte jedoch von einer Exstirpation der Geschwulst keine Rede sein, um so mehr, als die Kräfte der Patientin schnell abnahmen und die Kranke thatsächlich der Erstickung nahe war, so dass die Indicatio vitalis eine Tracheotomie erforderte, was ich auch der Umgebung offen erklärte mit der Weisung sich an unsere Chirurgen zu wenden.

Um sechs Uhr Abends desselben Tages kam man von der Kranken abermals zu mir mit der Bitte sie zu besuchen. Auf meine Frage hinsichtlich der Operation antwortete man mir, dass weder die Angehörigen noch die Kranke selbst sich dazu entschliessen wollen.

Als ich bei der Kranken anlangte und sie von der Nothwendigkeit einer schleunigen Operation überzeugte, lud ich drei Collegen: Bulewski, Sajontschkowski und Woitossewicz ein, sie aufmerksam machend, worum es sich handele uud mit der Bitte die zur Tracheotomie nothwendigen Instrumente mit sich zu nehmen.

Während ich meine Collegen erwartete, beschäftigte ich mich mit der Ordnung des kleinen, schmutzigen und mit allem möglichen Unrath angefüllten Zimmers und der Vorbereitung der nothwendigen Desinfectionsmittel, des Operationstisches u. s. w. Um ¹/₂8 Uhr erschienen die Collegen. Nachdem sie die Kranke besehen, und den Kehlkopf genau untersucht hatten, bestätigten sie meine Diagnose, dass es sich um einen Kehlkopfpolypen handelte, vollkommen, aber entschlossen sich nicht zur Operation in Anbetracht des oben geschilderten Zustandes der Kranken, der sich zu dieser Zeit noch verschlimmert hatte. Alle meine Darlegungen zu Gunsten einer Operation blieben erfolglos, da die Collegen meinten, dass die Kranke sterben würde bevor die Operation gemacht worden sei. Hierauf theilte ich offen der Kranken mit, worum es sich handele, worauf sie sich ihrerseits bittend an die Collegen wandte, sich doch ihrer zu erbarmen und sie von den Höllenqualen zu befreien, hinzufügend sie sei bereit lieber unter dem Messer zu sterben, als sich bis morgen zu quälen. Erst dann entschlossen sich die Collegen zu operiren.

Die Operation, die in Anbetracht der äusserst schwachen Herzthätigkeit ohne Chloroform ausgeführt wurde, war ungeachtet vieler unvorhergesehener Zufälligkeiten in ungefähr zwanzig Minuten beendet.

Als wir um 10 Uhr fortfuhren, verliessen wir die Kranke in ziemlich erträglichem Zustande. Die weitere Behandlung dieses Falles übernahmen College Woitossewicz und ich.

Dass wir nach dieser Operation mit der Krankheit noch nicht fertig waren, schien uns allen klar, wollten wir nicht die Canüle von der Kranken immer tragen lassen. Andererseits war es ebenso klar, dass im Augenblicke, wie in der nächsten Zukunft, in Anbetracht der Schwangerschaft, des allgemeinen Zustandes der Patientin von einer intra- oder extralaryngealen Entfernung der Geschwulst keine Rede sein konnte.

In den ersten zwei Wochen fing die Kranke sich schnell zu erholen an, sie ass gut und schlief ruhig, jedoch blieb die Athmung ohne Röhre unmöglich.

Im Anfange der dritten Woche ergab die laryngoskopische Untersuchung folgenden Befund: eine unbedeutende Verkleinerung der Geschwulst, die Chordae vocales waren weniger erhaben, die Bewegung des rechten Stimmbandes etwas freier. Die Athmung ohne Canüle möglich, aber nur auf eine sehr kurze Zeit.

Die nächste Untersuchung nach einer Woche zeigte eine weitere Verkleinerung der Geschwulst. Auf diese Weise verringerte sie sich weiter, so dass in der fünften Woche nach der Tracheotomie die rechte Hälfte des Kehlkopfs vollkommen frei war, die Kranke ohne Röhre athmen konnte, weswegen dieselbe entfernt wurde. Der Verkleinerungsprocess der Geschwulst ging vorwärts und Mitte März 1888 konnte College Gordon bei der Untersuchung der Kranken noch die Geschwulst oder, besser gesagt, Spuren von derselben in Gestalt einer unbedeutenden dunkelgrauen Masse unter dem linken Stimmband bemerken.

Eine Eiterabsonderung war in der ganzen Zeit der Krankheit nicht zu bemerken, ebenso wenig irgend welcher Auswurf von Gewebstheilen. Jetzt ist von der Geschwulst nichts mehr zu sehen.

Als Spuren der überstandenen Krankheit blieben bei der S.: eine Parese des N. laryngeus inf. sin.; von allen durch diesen innervirten Muskeln litt am meisten der M. crico-arytaenoideus posticus, in Folge wessen die Abduction des entsprechenden Stimmbandes sehr gering ist. Die bei der Phonation zwischen den beiden Aryknorpeln übrigbleibende Ritze hängt ebenfalls von der Erkrankung des oben erwähnten Nerven ab. Ausserdem blieb noch ein katarrhalischer Zustand des ganzen Kehlkopfes zurück, woran die Kranke, aller Wahrscheinlichkeit nach, schon vorher gelitten hatte.

Die Schwangerschaft nahm ihren gewöhnlichen Verlauf und Pat. gebar zur rechten Zeit einen gesunden Knaben.

Dieser Fall ist, meiner Meinung nach, in doppelter Hinsicht interessant: erstens beweist er die Möglichkeit einer Spontanheilung eines Kehlkopfpolypen sogar von einer solchen Grösse wie in dem gegebenen Falle, zweitens bestätigt er wiederum die Meinung unseres berühmten Paediaters und Laryngologen Rauchfuss, dass die Tracheotomie zu den Operationen gehört, die zu machen nie zu spät ist, umsomehr wenn, wie in unserem Falle, durch sie zwei Menschenleben zu retten sind.

Nachtrag: Dass manche Polypen einer spontanen Rückbildung fähig sind, wird von den Autoren[1]) angegeben, die Selbstheilung eines submucösen polypenartigen Myoms des Uterus ist in der Literatur[2]) verzeichnet, dass aber auch derselbe Process bei einem grossen Kehlkopfpolypen, der die Tracheotomie erforderte, vorgekommen sei, habe ich in der mir zu Gebote stehenden Literatur nicht finden können.

Erst ein Jahr nach meinem Vortrage las ich eine Mittheilung von Dr. Garel[3]), die er in der Société française d'otologie et de laryngologie am 4. Mai 1891 machte, und da der Fall, den er mittheilt, die grösste Aehnlichkeit mit meinem Falle hat, will ich ihn hier wiedergeben. Der Fall ist betitelt: «Disparition spontanée du papillome chez l'enfant».

«M. le Dr. Garel a vu un papillome se développer chez une jeune fille de quatre ans au cours d'une aphasie qui survint après l'influenza. La dyspnée arrivant, le Dr. Garel pratiqua la trachéotomie et six semaines après il ne pouvait plus constater la trace du polype qui occupait antérieurement toute la corde vocale gauche et la commissure interaryténoidienne».

¹) Realencyclopaedie von Eulenburg. Band XV. S. 695.
²) Wratsch 1890, Nr. 37, pag. 837.
³) Progrès médical 1891, Nr. 19, pag. 397.

Die neueste Phase der elektrischen Durchleuchtung in der Diagnostik der Eiterungen der Oberkieferhöhle *).

Von

Dr. Ziem

in Danzig.

H. Davidsohn in Berlin hat vor wenigen Wochen mitgetheilt [1]), dass er ein Verfahren gefunden habe, um die Anwesenheit einer Eiterung der Oberkieferhöhle mit Bestimmtheit auszuschliessen, auch ohne eine Probedurchspülung derselben vorgenommen zu haben. Im Anschlusse an die gegen Ueberschätzung der Durchleuchtung von Ziem a priori gemachten Einwendungen, sowie an die praktischen Erfahrungen von Lichtwitz und Srebrny erkennt auch Davidsohn an, dass die gewöhnliche Art der Durchleuchtung ein sicheres Verfahren nicht ist, und dass nach Einführung des Diaphanoskops in den Mund die entsprechende Gesichtshälfte hell durchscheinen kann, trotzdem Eiter in der Kieferhöhle vorhanden ist, was auf Grund gewisser, hier nicht mitzutheilender Beobachtungen so zu erklären ist, dass Lichtstrahlen nicht nur von unten her, durch den Gaumen, sondern auch von der Seite her, aus der Nasenhöhle, in die Kieferhöhle eintreten und dieselbe durchleuchten. Im Hinblicke auf diese wohl ganz richtige Erklärung muss man sich wundern, wenn Davidsohn in Abrede stellt, dass ein derartiger Nebenweg nicht auch bei der vom Munde aus versuchten Durchleuchtung der Orbita und des Bulbus eingeschlagen werden könne. Er hat nämlich die Beobachtung gemacht, dass bei dem Durchleuchten vom Munde aus sehr oft die Pupille in hellrothem Scheine aufleuchtet und versichert, dass dieses nur dann zu Stande kommen könne, wenn eine Eiterung in der Kieferhöhle, selbst geringen Grades, nicht vorhanden ist: denn eine Eiterschicht müsse sich auf den Boden dieser senken und den Durchtritt der Lichtstrahlen durch den Gaumen in die Kieferhöhle und von da in die Orbita und das Auge verhindern. Auf die Intensität der Erleuchtung der Pupille legt Davidsohn keinen sonderlichen Werth, auch bei dem geringsten Grade derselben ist eine Eiterung der Kieferhöhle nach seiner Angabe ausgeschlossen, ebenso die Erleuchtung der Pupille durch in die Nasenhöhle einfallende Lichtstrahlen.

Bei normaler Gestaltung der Theile, wie Fig. 1 sie wiedergiebt, wird eine Durchleuchtung des Auges, vom Munde aus und bei Anwesenheit einer so und so dicken Eiterschicht im Sinus allerdings vielleicht nicht möglich sein, denn die durch den Gaumen in die Nasenhöhle gelangenden Lichtstrahlen werden beim Auffallen auf die unregelmässig contourirten Wandungen des Siebbeinlabyrinthes nach den verschiedensten Richtungen hin reflectirt werden, so dass nur wenige in die Orbita durchdringen, zu wenige jedenfalls, um ein merkliches Aufleuchten der Pupille dann noch zu bewirken.

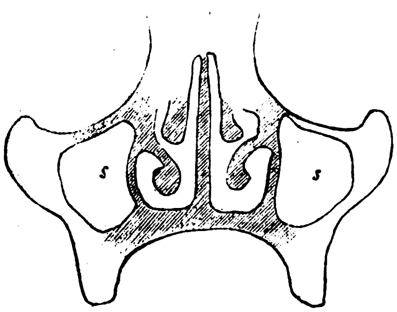


Fig. I.

Bei abnormer Gestaltung der betreffenden Theile, wie in Fig. 2 und 3, sind die Verhältnisse aber andere. Sowohl in Fig. 2 (rechts) wie in Fig. 3 können vom Munde aus in die Nasenhöhle gelangte Lichtstrahlen ohne jedes Hinderniss durch das hier weit zugängliche und sehr dünne Septum naso-orbitale durchdringen, dann in den Bulbus eindringen und denselben in dem und dem Grade durchleuchten, ohne mit der Kieferhöhle im Mindesten in Berührung gekommen zu sein. Nun sind aber Fälle genug bekannt (Ziem, Hartmann u. A.), und es hätte keine Schwierigkeit die Zahl solcher noch zu vermehren, in welchen auch bei derartiger Verkümmerung der Kieferhöhle, wie in den Figg. 2 und 3 eine Eiterung gefunden worden ist, eine Eiterung, die mittelst des Verfahrens von Davidsohn übersehen werden müsste.

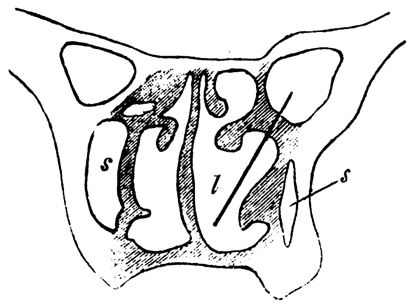


Fig. II.

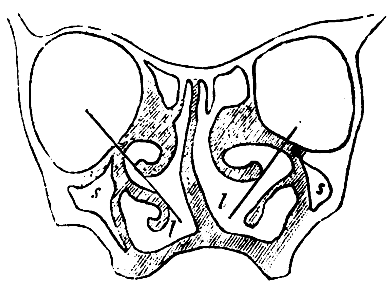


Fig. III.

Eine weitere Einschränkung erleidet das Verfahren noch dadurch, dass nicht nur die betreffende Wange, was schon Wiebe bemerkt hat, sondern auch die Pupille dunkel bleiben kann, obwohl Eiter in der entsprechenden Kieferhöhle nicht vorhanden ist. Davidsohn glaubt, dass hier ausser abnormer Dicke der Knochenwand besonders noch eine abnorm starke Wölbung des Gaumens in Betracht komme, in Folge welcher vom Munde ausgehende Lichtstrahlen so stark nach der Nasenscheidewand hin gebrochen werden, dass sie in die Orbita gar nicht gelangen. Nun wäre freilich die Frage, ob in derartigen Fällen eine Durchleuchtung des Auges manchmal nicht doch dadurch zu erzielen wäre, dass man das Diaphanoskop nicht unbeweglich an einem einzigen Punkte in der Mundhöhle verweilen, sondern es von verschiedenen Stellen aus, besonders auch lateralwärts von den Zähnen aus einwirken liesse, oder dass man Modificationen in seiner Gestalt und Grösse, seiner Dicke und Länge vornähme, um es an die betreffenden Theile näher heranbringen zu können, als dies z. B. bei dem Apparate

*) Die nachstehende Mittheilung ist uns im September 1892 zugegangen. Die Redaction der St. Pet. med. Wochenschr.

1) Berliner klin. Wochenschr. 1892, Nr. 27 u. 28.

Vohsen's möglich ist. Freilich wird das Verfahren dann wieder umständlicher und innerhalb der Zeit, welche man dann brauchen wird, um eine möglichst sorgfältige Durchleuchtung vorzunehmen, wird man die Probedurchspülung schon ein paar Mal gemacht haben können, die das sicherste Verfahren nun doch einmal bleibt

Niemand wird in Abrede stellen, dass mittelst der Durchleuchtung im Vereine mit noch anderen Zeichen einer halbseitigen Naseneiterung die positive Diagnose einer Eiterung der Kieferhöhle in einer Reihe von Fällen mit Bestimmtheit gemacht werden kann: das Gegentheil trifft aber auch jetzt nicht zu; auch jetzt, mit Davidsohn's Verfahren, kann die Anwesenheit eines Empyems nicht mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden, es kann nicht mit W. Freudenthal's Worten gesagt werden «in this patient there is no pus in the antrum».

Zwar soll den Untersuchungen Davidsohn's und den früheren Angaben von Vohsen (1890) über Durchleuchtung des Auges vom Munde aus, sowie besonders von Zaufal über Durchleuchtung von der Nase aus (1880), ein gewisser Werth im Uebrigen durchaus nicht abgesprochen werden. Insbesondere dürfte das Durchleuchten des Auges von der Nase aus, welches mit geeigneten Apparaten in systematischer Weise einmal durchprobirt werden sollte, bei sehr starker Anschwellung der Nasenschleimhaut wohl kaum gelingen und es würde das Dunkelbleiben wohl ein interessantes Nebensymptom z. B. auch des Glaukoms darstellen, des Priapismus des Ciliarplexus, der mit einer so und so starken Anschwellung des Nasenplexus, soviel ich sehe, immer verbunden ist.

Adolf Strümpell (Erlangen): Ueber das Fieber bei der Lungentuberkulose und seine prognostische Bedeutung. (Münch. medic. Wochsch. Nr. 50, 51. 1892).

In einem äusserst interessanten Vortrage berührt der hochgeschätzte Professor die wichtige Frage nach der Prognose d. h. nach dem muthmaasslichen weiteren Verlauf der Tuberkulose. Dass die Ausdehnung des tuberkulösen Processes in der Lunge durchaus nicht geeignet ist ein prognostisches Urtheil zu ermöglichen, ist ja allgemein bekannt; es muss somit nach anderen Momenten gefahndet werden, welche etwa hindeuten könnten, ob der betreffende Fall eine rasch oder langsam fortschreitende Tuberkulose darstelle, oder ob vielleicht sogar ein Stillstand der Erkrankung zu erwarten sei. Gewisse allgemeine und äussere Verhältnisse, z. B. die hereditäre Belastung, die schwächliche, anämische Constitution, das Alter des Patienten müssen zunächst berücksichtigt werden; auch auf die äusseren Lebensbedingungen kommt natürlich viel an. Viel wichtiger ist aber ein Symptom, dessen genauere Beobachtung in keinem einzigen Falle von Lungentuberkulose unterlassen werden sollte, — es ist das Fieber. Aber um festzustellen, ob ein tuberkulöser Patient fiebert, sind mindestens 3 Temperaturmessungen täglich vorzunehmen; noch häufigere Messungen sind wohl zu empfehlen, da bekanntlich das Fieber der Tuberkulösen häufig einen intermittirenden Charakter hat. Ist nun das Fieber bei der Lungentuberkulose überhaupt von der Tuberkulose als solcher abhängig?

Diese Frage verneint Strümpell wenigstens für die Mehrzahl der Fälle. Es sind die secundäre Infection und die secundären Erkrankungen, welche die Temperatursteigerungen bedingen. Auf jeder mit den Luftwegen communicirenden ulcerirten Fläche, in jeder kleinsten Caverne siedelt sich auf dem ursprünglich tuberkulösen Boden eine Menge Bakterien und Kokken an (Streptokokken, Diplokokken, Staphylokokken u. dgl.), welche ihrerseits als Entzündungserreger wirken, und auf diese Weise entstehen die secundären Erkrankungen, welche die weitere Ausbreitung der Tuberkulose bedingen; in den secundär gebildeten bronchopneumonischen Herden haften aber die Tuberkelbacillen besonders leicht, so dass die genannten Entzündungserreger die günstigste «Vorfrucht» für die nachfolgende Aussaat der Tuberkelbacillen bilden. Aus dem Bestehen von Fieber können wir meistentheils auf das Vorhandensein secundärer Processe und damit auf die Gefahr eines Weiterschreitens der Tuberkulose in den Lungen schliesen. Verf. unterscheidet 4 Verlaufsweisen des Fiebers. Als erste Art des Fieberverlaufs bei der Lungentuberkulose nennt er den sogenannten «Status subfebrilis». Hierher gehören die Fälle, bei denen die Morgentemperaturen normal, die Nachmittags- oder Abendtemperaturen dagegen meist erhöht sind; dabei betragen diese Steigerungen niemals mehr als 38.5. Solche Fälle sind zwar niemals mit Sicherheit zu den stationären Phthisen zu rechnen, immerhin gehören sie aber zu den verhältnissmässig gutartigen und langsam verlaufenden Formen.

Als zweite Art des Fieberverlaufes nennt der Verf. das allgemein bekannte intermittirende, hektische Fieber, bei welcher die Morgentemperaturen normal, die Abendtemperaturen dagegen erheblich erhöht sind (über 38,5—40° u. mehr); hierher gehört auch der sogenannte «Typus inversus» des Fiebers. Bei jedem Tuberkulösen mit hektischem Fieber kann man fast mit Sicherheit einen progressiven Verlauf des Leidens annehmen, im Allgemeinen um so rascher progressiv, je höher die Abendtemperaturen sind. Steigerungen bis auf 40° sind stets ungünstig.

Als dritte und vierte Formen sind der remittirende und der continuirliche Verlauf des Fiebers zu verzeichnen.

Die Abendtemperaturen steigen bei der remittirenden Form bis ca. 39.5 oder gar 40° an, des Morgens sinkt die Temperatur bis 38.5. Ein derartiger Verlauf ist im Allgemeinen kein günstiges Zeichen, da er sich besonders bei den floriden Formen der Tuberkulose findet.

Gegenüber der Febris hectica mit mässig hohen Abendtemperaturen ist das remittirende Fieber als die ungünstigere Fieberform zu betrachten; man darf dabei fast stets auf lobuläre Pneumonien gefasst sein.

Das continuirliche Fieber ist bei der Lungentuberkulose eine sehr seltene Erscheinung. Zuweilen beobachtet man ein solches Fieber im Anfange von ziemlich acut beginnenden Phthisen; dabei sind die localen Befunde sehr gering.

Gewöhnlich ändert sich aber nach 1—2 Wochen die Temperaturcurve, sie wird remittirend oder intermittirend, und nun treten die Erscheinungen der Lungentuberkulose deutlich hervor. Derartige Fälle nehmen einen raschen ungünstigen Verlauf. Prognostisch besonders ungünstig sind tiefe Collapstemperaturen (35,3—34.0). Das häufiger sich wiederholende Auftreten derartiger Temperaturen, denen dann oft hohe Steigerungen bis auf 40° folgen, hat Strümpell nur in den letzten Stadien der Krankheit beobachtet. Zum Schlusse seines Vortrages erörtert der hochverehrte Professor die Bedeutung der Temperaturverhältnisse für die Beurtheilung etwaiger Besserungen resp. Heilungen der Lungentuberkulose. Dass ein vorher bestehendes, anhaltendes Fieber vollständig verschwindet, hat er nur in Ausnahmefällen beobachtet; deshalb eignen sich zur Beurtheilung der Heilerfolge nur diejenigen Fälle, bei denen ein bestehendes, wenn auch noch so leichtes Fieber das active Fortschreiten des Processes anzeigt. Dass ein nicht fiebernder Phthisiker sich in jeder Beziehung körperlich bessern kann, unter Umständen sogar sich subjectiv völlig gesund fühlen kann, ist eine häufig zu constatirende Thatsache. Wenn nun die Heilmethoden wirklich einen specifisch günstigen Einfluss auf die Tuberkulose ausübten, so müsste sich das vor allen Dingen an der Temperaturcurve nachweisen lassen.

Die Versuche mit den Tuberculin-Injectionen haben aber leider das nicht ergeben; ebenso negativ fielen die Versuche mit dem Kreosot aus; einen specifisch-günstigen Einfluss in dem oben erwähnten Sinne konnte Strümpell bei der Anwendung des Kreosots nicht beobachten. Abelmann.

Benjamin Richardson: Intrathoracic auscultation; a new departure in physical diagnosis. (The Lancet Nr. 3610).

In einem am 31. October vorigen Jahres in der Medical society of London gehaltenen Vortrag, der den angegebenen Titel trägt, macht R. auf eine neue Untersuchungsmethode aufmerksam, deren Bedeutung, wie R. selbst hervorhebt, noch lange nicht bestimmt werden kann, die unter Umständen aber viel Nutzen bringen kann und daher der Nachprüfung wohl werth ist. Es handelt sich um die Auscultation des Magens, des Oesophagus, des Herzens und der von ihm abgehenden Gefässe, vielleicht auch der Trachea von innen her durch eine Magensonde, auf deren äusseres Ende man ein Stethoskop setzt. Die hohle Sonde muss an ihrem unteren Ende mindestens eine Oeffnung haben, da sonst keine Schallleitung stattfindet. Durch allmähliches Verschieben der Sonde kann man an jedem Punkt vom Rachen bis in den Magen hinein auscultiren. Im Oesophagus werden sich Unebenheiten, Verengerungen leichtesten Grades, die dem Tastgefühl entgehen, möglicherweise durch die Verschiedenheit des Reibegeräusches an verschiedenen Stellen bei Verschiebung der Sonde auscultatorisch nachweisen lassen. Im Magen hört man verschiedenartige Geräusche, die noch zu klassificiren sind, und von denen wenigstens ein Theil nach R. als Muskelgeräusche aufzufassen sind. Vielleicht wird die Diagnose namentlich motorischer Störungen durch die Auscultation wesentlich gefördert werden. Auch die Differentialdiagnose pulsirender Abdominaltumoren wird vielleicht erleichtert werden. — Mehr ist

für die Auscultation des Herzens zu erwarten. R. hat die Herztöne deutlich gehört und differenzirt, wo bei äusserer Auscultation wegen Herzschwäche nichts zu hören war; durch verschiedenes Einstellen der Sonde lässt sich zudem jeder Herzton isolirt zu Gehör bringen. Dass auch endocarditische, pericarditische, pleuritische Reibegeräusche und Geräusche in kleinen sonst nicht diagnosticirbaren intrathoracalen Aneurysmen deutlicher unterschieden werden können, als bei äusserer Auscultation, ist sehr wahrscheinlich. — Nicht anwendbar ist natürlich die Methode in allen Fällen, wo die Einführung der Schlundsonde aus irgend einem Grunde contraindicirt ist oder nicht vertragen wird.

R. betrachtet seine Mittheilung nur als vorläufige; er will hauptsächlich zur Prüfung der Methode anregen. Dass diese modificirbar und verbesserungsfähig ist, ist sicher. Vielleicht hat sie eine Zukunft und deshalb wollten wir unseren Lesern die Mittheilung nicht vorenthalten. Eine Entscheidung kann nur die praktische Erfahrung bringen. W.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. F. Schauta: «Grundriss der operativen Geburtshilfe für Aerzte und Studirende». 2. Auflage. Verlag von Urban und Schwarzenberg. Wien u. Leipzig. 1892.

Unter der nicht unbedeutenden Anzahl von Handbüchern der operativen Geburtshilfe erfreut sich der «Grundriss» Schauta's mit Recht einer gewissen Beliebtheit. Die uns vorliegende 2. Auflage dieses Werkes hat mehrere wesentliche Veränderungen erfahren, welche ohne Zweifel zu einer noch weiteren Verbreitung des Buches beitragen werden.

In dankenswerther Weise hat Verf. einen Mangel der ersten Auflage zu verbessern gesucht, indem er die Zahl der Holzschnitte vermehrte, so dass in dieser Auflage nicht nur das Instrumentarium des Geburtshelfers und die Missbildungen, sondern auch die gebräuchlichsten geburtshilflichen Operationen durch meist recht gut ausgeführte Bilder veranschaulicht werden.

Neu hinzugekommen ist das Kapitel über «Verletzungen des Kindes bei der Geburt und deren Behandlung». Die Abschnitte über Kaiserschnitt, Porro-Operation, Laparotomie bei Uterusruptur und bei Extrauterin-Schwangerschaft sind fast vollständig umgearbeitet und erweitert worden.

Die Ausstattung des Werkes ist eine gute. Dobbert.

Bernhard Fischer: Lehrbuch der Chemie für Mediciner. Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart 1892.

Das Studium der Chemie beansprucht, vielleicht mehr als jedes andere, eine Theilung und Behandlung des Stoffes in Rücksicht auf die verschiedenen Disciplinen und daher ist ein Lehrbuch der Chemie, das die Bedürfnisse der Mediciner berücksichtigt, nur mit Freuden zu begrüssen. Das 646 Seiten starke Werk behandelt die ganze Chemie, und zwar in einer Weise, die trotz der Knappheit, an Uebersichtlichkeit nichts zu wünschen übrig lässt. Ohne Vorkenntnisse vorauszusetzen und den Anfänger durch zu viel Lehrstoff zu ermüden oder abzuschrecken, bietet es doch die Möglichkeit, sich mit dem Stoff so weit bekannt zu machen, dass man auf der erworbenen Grundlage später weiter bauen kann. Ohne Kenntnisse in der Chemie kann gegenwärtig der Arzt nicht mehr existiren und die Form, in der das Buch geschrieben ist, indem jeder Abschnitt gleichsam in sich abgeschlossen erscheint, dürfte dasselbe auch den praktischen Aerzten als Nachschlagebuch geeignet machen. Unter Zugrundelegung des Arzeneibuches für das deutsche Reich, hat Verf. auch die Anwendung und Wirkung der einzelnen Körper erläuternd berücksichtigt. Besondere Beachtung verdienen entschieden die wichtigen Angaben über einzelne Arzeneien, die nicht zusammen verordnet werden dürfen und überhaupt über die bei Receptverschreibungen zu befolgenden Regeln.

Den Schluss des Buches bildet ein kurzer Abriss über Analyse und Maassanalyse nebst Bestimmungsmethoden für den Zucker im Harn und den Harnstoff. Kresling.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 22. December 1892.

Herr Hoerschelmann giebt einen Nachtrag zu seinem in der vorigen Sitzung gehaltenen Vortrage über das Drüsenfieber und theilt einige weitere Krankengeschichten ausführlich mit. Charakteristisch ist in allen Fällen die Incongruenz zwischen den ganz leichten Veränderungen an den sichtbaren Schleimhäuten einerseits und der hochgradigen, schmerzhaften mit diesen einhergehenden Schwellung der Cervicaldrüsen andererseits. Das eigenartige Symptomenbild giebt die Berechtigung, das «Drüsenfieber» als eine besondere Krankheit aufzufassen. Die dabei manchmal vorkommenden weissen Fleckchen auf den Tonsillen sehen ganz anders aus als die Follikel der Angina follicularis, auch sind die Mandeln selbst dabei weder geröthet noch geschwollen.

Herr Moritz bemerkt zu den mitgetheilten Fällen, dass keiner derselben uncomplicirt sei, immer sind leichte Affectionen des Rachens, der Nase etc. notirt, welche es zweifelhaft machen, ob die Drüsenschwellung nicht blos secundär sei.

Herr Boerling hat in letzter Zeit mehrfach ähnliche Fälle von Drüsenschwellung gesehen, meist waren sie aber mit Schnupfen, Angina etc. complicirt, also nicht rein. Herr Selenkow weist darauf hin, dass das Quellengebiet der Cervicaldrüsen in der Schleimhaut des Nasenrachenraumes gelegen ist; in den Fällen von sog. Drüsenfieber sei also besonders auf eine Affection in dieser Gegend zu fahnden. Auch bei der gewöhnlichen Angina stehen die geringfügigen localen Erscheinungen oft nicht im Verhältniss zu den Allgemeinerscheinungen, dem Fieber etc.; S. hält auch die folliculäre Angina nicht für ein Localleiden sondern nur für eine Localisation einer Allgemeininfection. Herr Kernig führt zur Bestätigung der letzteren Anschauung an, dass er bei der folliculären Angina (Tonsillitis), so oft er darauf untersucht, stets auch eine acute Milzschwellung hat constatiren können. Herr Serck hält einige der von Hoerschelmann mitgetheilten Fälle für zu wenig rein, um aus ihnen auf die Eigenartigkeit des Drüsenfiebers zu schliessen, andere wiederum scheinen ihm dafür zu sprechen, dass es sich dabei um einen Morbus sui generis handelt. Was die folliculäre Angina anbetrifft, so ist dieselbe seiner Ansicht nach zunächst eine Localaffection, von welcher aus erst die allgemeinen Erscheinungen hervorgerufen werden, Secretär: E. Blessig.

Bericht über die wissenschaftliche Thätigkeit des Vereins St. Petersburger Aerzte für 1892.

Während des Jahres 1892 hielt der Verein 18 wissenschaftliche Sitzungen ab, in welchen von 24 Mitgliedern 43 wissenschaftliche Mittheilungen gemacht, 16 Patienten vorgestellt und zahlreiche Präparate demonstrirt wurden.

Die Vorträge und Mittheilungen vertheilen sich folgendermaassen auf die einzelnen Disciplinen:

I. Innere Medicin.

Hagen-Torn: (24. November) Ueber die Wirkung des Choleragiftes auf den Organismus.

Kernig: (7. Januar) Daten zur Influenzaepidemie 1891/92.

Derselbe: (31. März) Zur Behandlung der Angina pectoris.

Derselbe: (31. März) Ueber Hypostasen in den Lungen.

Moritz: (7. Januar) Weitere Mittheilung über einen Fall von periodischer Albuminurie.

Derselbe: (18. Februar) Ueber einige Complicationen der Influenza.

Moritz und de la Croix: (12. Mai) Fall von einer eigenthümlichen Infectionskrankheit.

Pendin, de la Croix und Kallmeyer: (15. September) Therapeutische Erfahrungen aus der gegenwärtigen Cholera-epidemie.

Westphalen: (3. März) Fall von Carcinoma ventriculi entstanden aus einem Ulcus.

Derselbe: (14. April) Ueber die erworbene Cystenniere.

Derselbe: (14. Mai) Ueber primären Leberkrebs.

Derselbe (12. Mai) Zur Symptomatologie der fibrösen Mediastinitis.

Derselbe: (13. October) Fall von Anadenie und Cirrhose des Magens.

II. Chirurgie.

Anders: (21. Januar) Ueber die operative Behandlung angeborener, analer und rectaler Anomalien.

Derselbe: (3. März) Fall von Torsion eines Leistenhodens Castration.

Derselbe: (17. März) Zwei Fälle von erfolgreicher Operation des Pes varus mit Excision von Fusswurzelknochen.

Derselbe: (31. März) Demonstration eines Stützapparates für Coxitis-Patienten.

Beckmann (15. September) Fall von Ascites, bedingt durch Echinococcus der Leber und des Peritoneum.

Hellat: (13. u. 27. October) Ueber die Behandlung inoperabler maligner Tumoren mit Pyoktanin.

Mobitz: (8. December) Fall von Sarkom der Regio infraclavicularis, Operation. Transplantation.

Derselbe: (8. December) Fall von Speichelcyste des Ductus stenonianus.

Peters: (24. November) Ueber die elektrolytische Behandlung der Angiome.

Schmitz: (21. Januar) Präparat von einem Falle von Atresia ani et urethrae.

Selenkow: (29. September) Zwei Fälle von erfolgreicher Pyloroplastik.

Wanach: (4. Februar) Fall von multipler Osteomyelitis.

Derselbe: (29. September) Fall von erfolgreicher Pyloroplastik.

Wanach: (10. November) Ueber die Behandlung gangraenöser Hernien.

III. Gynaekologie und Geburtshilfe.

Beckmann: (4. Februar) Ueber Uterusruptur.

Derselbe: (3. März) Demonstration gynaekologischer Präparate (Uterusmyome, Hydrosalpinx).

Bidder (8. December) Demonstration gynaekologischer Präparate (Kolpoparrhexis intra partum, Hydrosalpinx, Cyste des Parovarium).

Dombrowski: (17. März) Zwei Fälle von Myomotomie.

IV. Kinderheilkunde.

Abelmann: (7. Januar) Ueber Peliosis rheumatica im Säuglingsalter.

Hoerschelmann: (17. März) Fall von Malaena neonatorum.

Derselbe: (8. u. 22. December) Ueber das «Drüsenfieber» der Kinder.

V. Dermatologie

Petersen: (3. März) Ueber die Leprosorien bei Riga und Dorpat.

Derselbe: (14. April) Sectionsbefund bei einer Leprösen.

Derselbe: (27. October) Ueber die Mikroorganismen des Ulcus molle.

VI. Nervenheilkunde.

Kallmeyer: (21. Januar) Fall von Dystrophia muscularis progressiva.

Mendelsohn und Petersen: (7. Januar) Fall von Epilepsie, bedingt durch einen Hirntumor.

Fernere Mittheilungen:

Ebermann: (18. Februar) Demonstration verschiedener aus der Harnröhre und Blase extrahirter Fremdkörper.

Derselbe: (28. April) Ueber die Behandlung der Prostatahypertrophie mit Massage.

Lunin: (24. November) Fall von Skleroma laryngis.

Schroeder: (18. Februar) Fall von in die Orbita durchgebrochenem Sarkom der Chorioidea, Enucleation, Pyoktaninbehandlung, Heilung.

Längere Discussionen fanden statt über die Gefahren der Massage bei entzündlichen Processen und über das Drüsenfieber.

Auszüge aus den Protokollen der Medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 2. September 1892.

Herr Meyer berichtet über einen Fall von Ausstossung eines Myoms im Anschluss an eine abrasio mucosae uteri. Bei der 45-jährigen Patientin (IX para, zuletzt 1886) war wegen Blutungen im Juni 1889 eine Abrasio der Mucosa des grossen auch an der inneren Fläche unebenen myomatösen Uterus ausgeführt worden mit typischem Verlauf und mehrere Monate dauerndem gutem Erfolge. Am 11. Febr. c. wurde das Curettement wiederholt, wobei es sich erwies, dass von links vorn ein grosser Buckel sich in die Uterinhöhle vorwölbte. Nach dem Eingriff stellte sich unter Frösteln ein atypisches anfangs ziemlich hohes Resorptionsfieber ein, verbunden mit übelriechender Secretion. Der Uterus war dabei durchaus nicht druckempfindlich. Intrauterine Spülungen und Jodinjectionen nach Nachlass des Fiebers riefen jedesmal Frost und Fieber hervor, welches im Ganzen mehrere Wochen andauerte. — Am 8. Mai stellte sich Pat. wieder vor; bei der Untersuchung fand sich ein mannsfaustgrosses Myom in die Vagina ausgestossen, welches an einem daumendicken links über dem inneren Muttermund entspringenden Stiel hing. Pat. weiss nichts von wehenartigen Schmerzen zu berichten, hat nur einige Mal heftigen Stuhldrang empfunden, wobei «etwas aus den Genitalien herausgedrängt habe». Die mikroskopische Untersuchung der abgeschabten Schleimhaut ergab, dass myomatöses Gewebe mit der Schleimhaut entfernt worden war. Dementsprechend waren am Tumor strahlige, die Schleimhaut durchsetzende Narben sichtbar. Noch bei der Abtragung des Tumors lagen auf demselben fibrinös-eitrige Auflagerungen. Diese Beobachtung beweist wiederum, wie verhängnissvoll bei submucösen Myomen intrauterine Eingriffe, wie Curettement und Elektro-Cauterisation auch bei strenger Antiseptik sein können. Nicht jedes Mal dürfte der Ausgang der Jauchung in einem so befriedigenden Resultate bestehn.

Herr Meyer hält seinen angekündigten Vortrag:

Ueber den Magenabscess (publicirt in der Petersb. med. Wochenschrift).

Herr Hartge erwähnt die Seltenheit des idiopathischen Magenabscesses; es sind bisher nur 19 Fälle in der Literatur bekannt, alle übrigen sind als secundäre Infiltrationen aufzufassen.

Sitzung am 7. October 1892.

Herr Tomberg hält seinen angekündigten Vortrag:

«Statistik über die in den letzten 6 Jahren in der Dorpater Poliklinik beobachteten Pneumonien».

Vortragender erörtert die Erfahrungen der Autoren über die Vertheilung der Lungenentzündungen auf die einzelnen Monate des Jahres, sowie deren Ansichten über die Abhängigkeit der Erkrankungen an Pneumonie von der Witterung. Während einzelne Forscher eine directe Abhängigkeit von der letzteren entschieden in Abrede stellen oder nur eine indirecte Abhängigkeit zugeben (Capar, Moellmann, Kuhn, Neumann etc.) wird dieser Einfluss von anderen zugegeben (H. Baker, Hörschelmann, Seibert, Witte, Jürgenson etc.).

Die Erklärungen über das Zustandekommen des Einflusses der Witterung auf die Zahl der Erkrankungen sind sehr verschieden und theils direct einander widersprechend. Alle Autoren sind darin einig, dass im März bis zum Mai das Maximum der Erkrankungen erreicht wird, während das Minimum in den August bis September fällt. — Vortragender kann letztere Angaben bestätigen, indem das Maximum der in den letzten 6 Jahren in der Dorpater Poliklinik beobachteten Lungenentzündungen in den März fällt, während das Minimum nicht mit Sicherheit festgestellt werden konnte, da die Poliklinik in den Monaten Juni bis zur 2. Hälfte des August geschlossen ist. Eine Sichtung der in den letzten 6 Jahren in Petersburg vermerkten Lungenentzündungen ergab das Maximum im April, das Minimum im August bis September. — Eine directe Abhängigkeit der Zahl der Erkrankungen von der Witterung konnte Vortragender beim Vergleich der Pneumonie-Curve mit den Curven der Temperatur, des Luftdruck, und der Feuchtigkeit nicht finden, er neigt mehr zur Ansicht dass indirect durch das nahe Zusammenleben in dumpfen Stuben während des Winters und Vorfrühlings die Infection erleichtert wird.

Herr Meyer vermisst im Vortrage die anamnestischen Daten, bei deren Berücksichtigung gewiss mehr Klarheit über die Abhängigkeit der Pneumonien von den Witterungsverhältnissen zu gewinnen wäre, ob z. B. die Erkältung wirklich als aetiologisches Moment heranzuziehen sei oder nicht: es sei ja klar, dass ein abgehärteter Feldarbeiter sich weniger leicht erkältet als ein im Zimmer lebender Fabrikarbeiter.

Herr Tomberg erwähnt, dass er bei seiner Statistik nur poliklinisch gesammeltes Material habe verwerthen können, wobei natürlich von anamnestisch in Betracht kommenden Daten nicht die Rede sein könne; er glaube, dass zu viel Gewicht auf die sog. Erkältung bei der Aetiologie der Pneumonie gelegt werde.

Herr v. Sahmen meint, dass die Kinder-Pneumonien besser zu verwerthen seien bei einer derartigen Statistik der Lungenentzündung: die Kinder leben unter mehr gleichen Verhältnissen; die Erfahrung lehrt denn auch, dass die Einsperrung während des Winters die Kinder schwächt, sie werden widerstandsunfähiger, somit disponiren sie mehr zu Respirationserkrankungen, sobald sie nach längerer Internirung wieder an die frische Luft kommen. Wenn die Kinder den regelmässigen Schulunterricht beginnen, kommen Bronchitiden und Pneumonien seltener vor.

Herr Dehio spricht sich dahin aus, dass zum Zustandekommen einer Pneumonie 2 Momente in Betracht kommen: 1) es muss der Pneumonie-Coccus vorhanden sein 2) es muss die Disposition zur Entwicklung derselben gegeben sein. Der Pneumonie-Coccus ist sehr verbreitet, bei 13 pCt. gesunder Menschen findet man im Mundspeichel Pneumonie-Coccen: ebenso speien diejenigen, die eine Lungenentzündung durchgemacht haben, noch längere Zeit specifische Mikroorganismen aus. Seiner Meinung nach spielen sowohl meteorologische als auch ungünstige hygienische Verhältnisse entschieden eine wichtige Rolle; es entwickele sich z. B. in Gefängnissen ein genius epidemicus, der bei Dislocirung der Gefangenen in's Hospital seine Infectiosität deutlich beweise.

z. Z. Secretair: Robert Koch.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Eine leider sehr unvollständige, aber immerhin interessante Notiz über einen geheilten Fall von Myxödem finden wir in Nr. 3607 des «Lancet». Er betrifft eine 40-jährige Frau. Die Symptome der seit 3 Jahren bestehenden Krankeit waren sehr typisch: subnormale Temperaturen, charakteristische Schwellung und Trockenheit der Haut, plumpe Bewegungen, langsame Sprache etc. Im Juli trat die Kranke in das Royal-Free Hospital und wurde von Hector Mackenzie mit frischen Schilddrüsen vom Schaf gefüttert, um wenn möglich die nicht ungefährlichen subcutanen Injectionen von Schilddrüsensaft zu umgehen. Der Erfolg war sehr gut. Im October war die Temperatur normal, die Haut feucht und nicht geschwellt, die Sprache normal, das Allgemeinbefinden vorzüglich. Die Anfangsdosis von 2 Schafsschilddrüsen erwies sich als zu hoch, da bedenkliche Beschleunigung der Herzaction eintrat, die später schwand.

Angesichts der unbefriedigenden Erfolge, die durch Bougiren narbiger Oesophagusstricturen erzielt werden, ist der folgende operativ behandelte Fall, den Dr. Eve in der Clinical society of London am 14. October vorigen Jahres mittheilte, berichtenswerth. Ein 17-jähriges Mädchen hatte durch Verschlucken von Salpetersäure im Juli 1889 eine Oeso-

phagusstrictur acquirirt, die mit Sonden behandelt wurde. Eines Tages blieb die Sonde in der Strictur stecken und konnte nicht extrahirt werden. Es wurde die äussere Oesophagotomie gemacht, jedoch konnte die tief sitzende Strictur erst durch starkes Emporziehen des auffallend beweglichen Oesophagus zugänglich gemacht werden. Sie wurde vollständig durchschnitten. Reactionsloser Verlauf. Nach 2 Jahren keine Spur von Verengerung der Speiseröhre.

(The Lancet Nr. 3608.)

Vermischtes.

— Einem Circulär des Ministeriums der Volksaufklärung zufolge sind die bei Unterrichtsanstalten angestellten Aerzte von der Einberufung zum Dienst im Heere nicht befreit, da sie im Wehrpflicht-Codex nicht unter den Personen aufgeführt sind, welche vom Militärdienst befreit werden.

— Am 17. Januar beging der Professor der therapeutischen Klinik in Charkow, wirkl. Staatsrath Dr. J. N. Obolenski, das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit.

— Mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie haben sich in letzter Zeit die Doctoren S. S. Botkin (ein Sohn des verstorbenen Klinikers), M. M. Wolkow, G. J. Jawein und B. W. Tomaschewski als Privatdocenten an der genannten Academie habilitirt, und zwar die drei ersten für innere Krankheiten, der letzte für Nerven- und Geisteskrankheiten.

— Am 3. Februar n. St. feierte der ausserordentliche Professor der Wiener Universität und Leiter einer medicinischen Abtheilung im Wiener allgemeinen Krankenhause, Hofrath Dr. Drasche sein 40-jähriges Doctorjubiläum. Der Jubilar steht gegenwärtig im 67. Lebensjahre und erfreut sich einer guten Gesundheit.

— Zu Ehren des 50-jährigen Jubiläums der Professoren Dubois Reymond, Aug. Hirsch und Henoch in Berlin werden von den Freunden und Verehrern der Jubilare Festessen veranstaltet.

— Verstorben: 1) Am 21. Januar im hiesigen Marienhospital Dr. Mammert Karpowitsch, welcher durch seine trefflichen anatomischen und pathologischen Modelle und namentlich durch seine naturgetreuen Darstellungen von Ausschlägen, Geschwüren und Geschwülsten bekannt geworden ist, im 53. Lebensjahre. 2) In Jekaterinburg der Landschaftsarzt Alexander Botschenkow, 30 Jahre alt, welcher auf dem Wege zu einer nahen Fabrik, wo seine Eltern wohnen, ermordet gefunden wurde. 3) In Warschau am 2. Januar der frühere Professor der internen Medicin Constantin Rose im Alter von 67 Jahren. 4) der ältere Arzt der Slatoust'schen Reserve-Bataillons Grigorjew 5) der in den Reserven des Militär-Medicinalressorts stehende Arzt Hirsch Hofmann. 6) In Wiesbaden der langjährige Badearzt zu Salzbrunn, Geh. Sanitätsrath Dr. Wilh. Valentiner, im 62. Lebensjahre. Von 1860—78 war der Verstorbene auch Privatdocent für Balneologie an der Berliner Universität. Seine literärischen Arbeiten betreffen vorzugsweise die medicinische Chemie. 7) Der bekannte italienische Syphilidologe Prof. Manassei, welcher im Jahre 1849 an dem Feldzuge Garibaldi's theilnahm.

— Der neuernannte Minister der Landwirthschaft in Frankreich. Dr. Viger, ist früher lange Zeit praktischer Arzt gewesen.

— Während im deutschen Reichstage ein Antrag auf Zulassung der Frauen zum medicinischen Studium gestellt worden ist, macht sich in Amerika bereits eine Reaction dagegen bemerkbar. Die medicinische Facultät der Universität Washington lässt nämlich keine Studentinnen mehr zu. Die Directoren der Kliniken erklären, dass sie ihre Kliniken nicht ferner in Mädchenpensionate umwandeln wollten. (A. m. C.-Ztg.)

— Die Moskauer Stadtduma hat über 19,000 Rbl. zu Gratificationen für die Personen, welche an der Bekämpfung der Cholera theilgenommen haben, ausgesetzt.

— An Spenden für das Botkin-Kapital, welches zur Verpflegung hülfsbedürftiger hochbetagter Aerzte und ihrer Familien verwandt werden soll, sind bereits gegen 25,000 Rbl. eingelaufen.

— In Tiflis findet am Ende dieses Monats ein Congress der kaukasischen Aerzte zur Berathung über die Cholera statt.

— Wie eine Odessaer Zeitung (Одесскій Листокъ) mittheilt, sind während der letzten Cholera-Epidemie in Nikolajew (Gouv. Chersson) viel weniger Juden an der Cholera erkrankt und gestorben als Christen. Die Stadt zählt nämlich annähernd 75,000 Einwohner, von denen 15,000 Juden sind. Es kommt also 1 Jude auf 4 Christen. An der Cholera erkrankten dort aber 756 Christen und nur 32 Juden und es starben 382 Christen, jedoch nur 13 Juden. (Wr.)

— Eine der angesehensten amerikanischen medicinischen Zeitschriften das «Saint-Louis Medical and Surgical Journal» hat soeben seinen 50. Jahrgang begonnen. Die gegenwärtigen Redacteure desselben, Prof. Ohman-Dumesnil u. Frank L. James, haben beschlossen, in jedem Hefte dieses Jubiläums-Jahrganges ein Portrait ihrer Vorgänger und der wichtigsten Mitarbeiter zu bringen. Das Januarheft enthält bereits das Bildniss und eine Biographie des Gründers und ersten Redacteurs des Journals, des Prof. Moses L. Linton, welcher im Jahre 1872 gestorben ist.

— In Chicago bestehen seit längerer Zeit zwei höhere medicinische Schulen, The Rush Medical College und The College of Physicans and Surgeons. Dieselben beabsichtigen, sich aufzulösen, um eine medicinische Facultät an der neugegründeten Universität in Chicago in's Leben zu rufen. (A. m. C.-Ztg.)

— Der bekannte Malariaforscher Dr. Friedrich Plehn wird von der deutschen Reichsregierung nach Kamerun geschickt, um daselbst ein bakteriologisches Laboratorium zur Erforschung der Malaria zu errichten.

— Der XII. Congress für innere Medicin wird in diesem Jahre vom 12—15. April n. St. zu Wiesbaden unter dem Präsidium des Prof. Immermann (Basel) stattfinden. Zur Verhandlung kommen folgende Themata: Am ersten Sitzungstage — die Cholera [Referenten: Rumpf (Hamburg) und Gaffky (Giessen)]. Am dritten Sitzungstage, Freitag, den 14. April — Die traumatischen Neurosen. [Referenten: Strümpell (Erlangen) und Wernicke (Breslau)]. Ausserdem sind bereits zahlreiche Vorträge angemeldet, von denen wir hier namhaft machen: Prof. Ziemssen (München): Ueber parenchymatöse Injectionen bei Tonsillen-Erkrankungen; Prof. Emmerich (München): die Herstellung, Conservirung und Verwerthung des Immuntoxinproteins (Immunproteidins) zur Schutzimpfung und Heilung bei Infectionskrankheiten; Prof. Adamkiewicz (Krakau). — Ueber den Krebs und seine Behandlung; Prof. v. Jaksch (Prag): Zur Chemie des Blutes; Dr. Pollatschek (Carlsbad): Haben die Carlsbader Wasser ekkoprotische Wirkung?

— Einladung. Der fünfte Congress der deutschen Gesellschaft der Gynaekologie wird in der Zeit vom 25—27 Mai d. J. in Breslau tagen.

Die Sitzungen werden Vormittags von 8—12 und Nachmittags von 2—4 Uhr in der Universitäts-Frauenklinik abgehalten werden.

Zur Discussion stehen die Themata: «Die Symphyseotomie» und «die Adnexoperationen, ihre Indicationen, Technik und Erfolge», für welche bereits Referenten vom Vorstande gewonnen sind.

Anmeldungen zu Vorträgen und Demonstrationen werden bis Anfang April an den ersten Vorsitzenden des Vorstandes erbeten.

Kranke, welche von Mitgliedern der Gesellschaft vorgestellt werden sollen, können nach rechtzeitiger Anmeldung Unterkunft in der Klinik finden.

Nähere Auskunft über alle den Congress betreffenden Angelegenheiten zu ertheilen, sind der erste Vorsitzende und der erste Schriftführer gern bereit.

Zu reger Betheiligung ladet ergebenst ein der Vorstand der deutschen Gesellschaft für Gynaekologie:

Fritsch, Breslau, Max-Str. 5, (I. Vorsitzender). — G. Veit, (Bonn) (stellvertret. Vorsitzender.)
Chrobak (Wien) — Dohrn (Königsberg)
Schatz, (Rostock) (Kassenführer) — Pfannenstiel, Breslau, Klosterstrasse 1 f. (I. Schriftführer).

— Die Zahl der Medicinstudirenden an den deutschen Universitäten ist im laufenden Wintersemester von 8306 auf 7988, also um 318 zurückgegangen.

— Nach dem Jahresbericht der Moskauer Universität pro 1892 betrug die Gesammtzahl der Studirenden 3447, von denen 1103 der medicinischen Facultät angehörten. Für die Lösung der medicinischen Preisaufgaben wurden 2 goldene und 1 silberne Medaille zuerkannt und ausserdem eine Arbeit einer ehrenvollen Anerkennung gewürdigt. Zu Ehrenmitgliedern der Universität wurden im verflossenen Jahre die Professoren Billroth (Wien) und Kölliker (Würzburg) ernannt.

— Von der Universität Kiew sind im verflossenen Jahre im Ganzen 119 gelehrte Grade und Würden in der medicinischen Facultät verliehen worden, und zwar: die Würde eines Dr. med. an 3 Personen, die Würde eines Arztes — 12, die Würde eines Accoucheurs — 1, die Würde eines Kreisarztes — 2, die Würde eines Provisors — 23, eines Apothekergehülfen — 68, eines Dentisten — 8 und die Würde einer Hebamme — 2 Personen.

— Am 8. Januar fand die Exhumirung der irdischen Hülle des bei den Cholerauruhen in Chwalynsk ermordeten Dr. Moltschanow statt, behufs Ueberführung derselben in die Heimath des Verstorbenen, in die Stadt Pensa. Nach Abhaltung von Seelenmessen am Grabe, in der Kathedrale und am Ufer der Wolga, an welchen die gesammte städtische Geistlichkeit, die Autoritäten der Stadt, sämmtliche Stadtschulen theilnahmen, setzte sich der Zug, von einer grossen Volksmenge

begleitet, auf dem Wege nach Ssysran in Bewegung. Der Sarg war mit mehreren Kränzen, unter anderen von der Stadtbehörde und der örtlichen Intelligenz, geschmückt.

— Die Choleraepidemie in Nishni-Nowgorod (Stadt und Jahrmarkt) hat 520,000 R. Unkosten verursacht, von denen die Stadtkasse allein 180,000 Rbl. getragen hat. Die Einrichtung des schwimmenden Hospitals auf der Wolga hat 37,000 R. gekostet und der Unterhalt desselben im Laufe von 2 Monaten ca. 100,000 Rbl.

— In der Irrenanstalt zu Nietleben bei Halle sind nur noch einzelne Erkrankungen an der Cholera vorgekommen und ist wohl bald das Erlöschen der Epidemie zu erwarten. Es sind bis jetzt gegen 120 Erkrankungen mit gegen 40 Todesfällen dort vorgekommen. Die Stadt Halle ist nach wie vor seuchenfrei.

In Altona sind einige Cholerafälle mit letalem Ausgange in letzter Zeit noch vorgekommen, aus Hamburg ist seit einer Woche keine Neuerkrankung gemeldet worden. Die Professoren Koch (Berlin) und Gaffky (Giessen) haben sich nach Hamburg begeben, um an den Conferenzen des Senats, betreffend die Prophylaxe der Cholera, theilzunehmen.

Die natürlichen Pocken sind in England an verschiedenen Orten, namentlich in den Centren der antivaccinatorischen Bewegung, wie Leicester, Warrington, Manchester u. a. wo die Zahl der geimpften Personen in den letzten Jahren einen erheblichen Rückgang erfahren hat, in grösserem Umfange aufgetreten. Sensation erregt der an den Blattern vor Kurzem erfolgte Tod des berühmten englischen Historikers Freeman, welcher ein eifriger Gegner des Impfzwanges war und sich daher nicht hatte impfen lassen. Angesichts der Gefahr werden übrigens die Lehren der Impfgegner jetzt rasch vergessen und die Bevölkerung drängt sich, zur Impfung zugelassen zu werden.

— In Marseille herrscht seit 14 Tagen eine choleraähnliche Epidemie, der 50 Personen bereits erlegen sein sollen. Aus Paris ist Dr. Thoinot hingeschickt worden, um die nöthigen Massregeln zu treffen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 31. Januar d. J. 6407 (30 mehr als in der Vorwoche), darunter 139 Typhus — (23 mehr), 719 Syphilis — (4 mehr), 74 Scharlach — (1 mehr), 12 Diphtherie — (2 weniger), 10 Masern — (3 weniger) und 18 Pockenkranke (10 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Das Tschistopolsche Landschaftsamt sucht 2 Aerzte für 2 ärztliche Bezirke im Kreise. Gehalt 1000 R. jährlich und 170 Rbl. Quartiergeld. Die Meldung geschieht beim Landschaftsamte unter Beifügung der Documente und etwaiger Empfehlungen.

2) Im Kreise Rybinsk ist die Stelle eines Landschaftsarztes erledigt. Gehalt 900 Rbl. bei freien Fahrten. Adresse: «Рыбинская Земская Управа».

3) Im Kreise Lukojanow (Gouv. Nishni-Nowgorod) ist die Stelle eines Arztes beim Landschaftshospital zu vergeben. Gehalt 1200 Rbl. nebst freier Wohnung.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 24. Januar bis 30. Januar 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
326	253	579	102	41	88	8	3	20	51	63	50	56	46	38	10	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 7, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 3, Masern 3, Scharlach 13, Diphtherie 5, Croup 2, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 31, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 116, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 45, Marasmus senilis 25, Krankheiten des Verdauungscanals 44, Todtgeborene 25.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 16. Februar 1893.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 8. Februar 1893.

Дозв. ценз. Спб. 5 Февр. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 7 St. Petersburg, 13. (25.) Februar **1893**

Ein Beitrag zur Casuistik der Angiome der Orbita.

Von

Dr. med. O. Walter.

Odessa.

Obgleich Berlin[1]) in seiner Bearbeitung der Tumoren der Orbita im Handbuche von Graefe-Saemisch angiebt, dass das Vorkommen von cavernösen Angiomen der Augenhöhle nicht so selten ist, als allgemein angenommen wird, so habe ich doch für die Zeit nach dem Erscheinen des obengenannten Handbuches recht spärliche Mittheilungen über dieselben in der Literatur gefunden. Da nun der weiter unten angeführte Fall manches Interessante und von der Norm Abweichende darbietet, so glaube ich durch Veröffentlichung desselben einen weiteren Beitrag zur Casuistik der intraorbitalen cavernösen Angiome liefern zu müssen. An dieser Stelle erlaube ich mir auch Herrn Dr. Wagner, dem Director des Odessaer Augenhospitals, meinen Dank für die Ueberlassung des Materials auszusprechen.

Im Folgenden gebe ich eine genaue Uebersetzung der Krankengeschichte, die nicht von mir selbst beobachtet ist.

Olga Z., 7 a. n., kam in das Odessaer Augenhospital am 6. Juni 1892 wegen eines starken Hervortretens des rechten Auges und Herabsetzung des Sehvermögens auf demselben.

Die Anamnese ergab, dass die Umgebung das Hervortreten des rechten Auges seit 4 Jahren bemerkt hatte.

Stat. praesens. Der rechte Augapfel ist stark nach vorn und etwas nach aussen hervorgetreten; am Augapfel selbst sind keine Veränderungen zu bemerken. Nach innen vom Augapfel fühlt man eine elastische Geschwulst, die sich nach innen in die Augenhöhle fortsetzt, gespannt ist und den Eindruck einer Cyste macht. — Die Beweglichkeit des Auges ist nach innen und nach unten stark vermindert. Die Venen des Augapfels sind geschlängelt; am Augenhintergrunde finden sich keine Veränderungen.

S. Finger in 15′.

Die an demselben Tage vorgenommene Probepunction ergab eine dunkle blutige Flüssigkeit.

9. Juni. Das untere Lid und die angrenzenden Theile der Wange zeigen noch eine bläuliche Verfärbung und Schwellung als Reaction auf die Probepunction.

15. Juni. Exstirpation des Tumors: Der Schnitt wird durch die Haut des unteren Lides parallel der Lidkante geführt bis auf die Wand der Geschwulst, die auf Grundlage des Ergebnisses der Probepunction als Cyste mit blutigem oder bluthaltigem Inhalt angesehen wurde. Vorsichtig wird sodann der vorliegende Theil der Geschwulst von der unteren Orbitalwand abgetrennt und allmählich gelingt es auch den hinteren Theil der Geschwulst abzulösen, wobei es sich herausstellt, dass die Geschwulst nirgends mit dem Periost verwachsen ist. Ebenso gelingt es die Geschwulst von dem unteren Theile des Augapfels abzulösen, mit dem sie durch Bindegewebszüge verwachsen ist.

Die entfernte Geschwulst ist ziemlich consistent, von dunkelblauer Farbe, wahrscheinlich ein Angiom, das einen Theil der Orbita unter dem Augapfel einnahm: nach unten bis zur unteren Orbitalwand, nach innen bis zur medialen Orbitalwand und nach hinten fast bis zum Foramen opticum. Sie lag ausserhalb des Muskeltrichters, wobei vielleicht der innere gerade Augenmuskel in die Geschwulst einbegriffen war. — Die Conjunctiva, welche im unteren Fornix gefenstert worden war, wird vernäht, der Conjunctivalsack mit Sublimat-Gaze tamponirt, die äussere Wunde durch 3 Nähte geschlossen; im äusseren Theile der Wunde wird eine Oeffnung gelassen zum Einführen eines Tampons und über das Ganze ein Verband gelegt.

16. Juni. T. m. 38,5. a. 40. Durch den Verband ist Blut durchgetreten. Verbandwechsel, Eisbeutel auf den Kopf, Antipyrin.

17. Juni. T. m 37,8 um 3 U. NM. 38,3, a. 37,8. Patientin ist ruhiger, Wundsecret wenig, Verbandwechsel.

18. Juni. T. m. 37,7, a 37,0. Die Schwellung der Lider und Wange weit geringer. der Augapfel sitzt tief in der Augenhöhle; aus der Wunde kein Secret. Patientin hustet. Verbandwechsel.

19. Juni. T. 37,8. Kein Wundsecret. Die Hautnähte werden entfernt. Verbandwechsel.

20 Juni. T. 37,5, Nchm. 37,3.

21. Juni. T. 37,4. Die Conjunctivalnähte werden entfernt; der Augapfel ist ein wenig hervorgetreten. Kein Wundsecret, Verbandwechsel.

25. Juni. T. stets normal; die Protrusion des Auges weit geringer, eher sogar erscheint der Augapfel etwas eingesunken. Er steht ein wenig nach oben und aussen gerichtet; aus der Wunde werden unbedeutende Mengen einer röthlichen Flüssigkeit secernirt. — S. Finger in 1—2′.

---

[1]) Handbuch der gesammten Augenhlkund. v. Graefe u. Saemisch Bd. VI, 1880, pg. 696.

6. Juli. Lineäre Hautnarbe in einer Entfernung von 2 Cm. vom unteren Lidrande, ca. 4 Cm. lang, fast parallel dem Lidrande (nach aussen entfernt sie sich einwenig von demselben); die Narbe ist in ihrem äusseren Theile eingezogen und mit dem unteren Orbitalrande verwachsen. Das obere Lid herabgesunken, da es seinen Halt verloren hat, weil das Auge niedriger und tiefer liegt als normal. Die Axe der Hornhaut ist nach aussen unten gerichtet. Die Beweglichkeit nach innen ist vollständig aufgehoben, nach aussen beträgt sie 1 Cm., nach oben und unten 2—3 Mm. S. Finger in 6—8′. Papille von normaler Farbe, scharf begrenzt, Füllung der Gefässe normal. — Das untere Lid ein wenig geschwellt. Die Wunde im Fornix des unteren Lides noch nicht überall verheilt.

10. Juli. Die Wunde im Fornix des unteren Lides geschlossen, die Sonde durchdringt sie an keiner Stelle; kein Secret. Keine weiteren Veränderungen.

12. Juli. Patientin verlässt die Anstalt.

Im October sah ich die Patientin, wobei ich den objectiven Befund unverändert fand. Das Sehvermögen war auf Finger in 18′ gestiegen; ophthalmoskopisch fanden sich keine Veränderungen, ausser einer sehr starken Hypermetropie, die sich aber nicht genau bestimmen liess, da Pat. zu unbestimmte Angaben machte.

Die Geschwulst wurde zunächst 3 Monate mit Müller'scher Flüssigkeit behandelt, sodann ausgewassert, in Alkohol nachgehärtet und in Celloidin eingebettet.

Makroskopischer Befund. Gewicht des Tumors = 7,5 Grm., sagittaler Durchmesser 32,5 Mm, frontaler 27,5 Mm., Höhendurchmesser 17,5 Mm. Die Oberfläche des Tumors war glatt mit Andeutung von lappigem Bau. An 2 Stellen der hinteren Oberfläche fand sich deutliche Fluctuation; an der vorderen Fläche war ein unter der Operation eröffneter Hohlraum von Bohnengrösse mit unregelmässigen glatten Wandungen. — Nach Durchschneidung des Tumors in horizontaler Richtung zeigte sich auf der Schnittfläche ein ziemlich derbes Balkenwerk mit dazwischenliegenden Hohlräumen von Stecknadelkopf- bis Bohnengrösse, die theilweise mit gelblich-grauem, theilweise mit rothbraunem krümeligem Inhalte erfüllt waren, der aus den grösseren Hohlräumen leicht herausfiel. Umhüllt war der Tumor von einer ziemlich derben, fibrösen Kapsel.

Mikroskopischer Befund. Bei schwacher Vergrösserung (Zeiss. Obj. C. Ocul. 2) erkennt man ein derbes, von der Kapsel ausgehendes, bindegewebiges Balkenwerk mit elastischen Fasern und unregelmässig zerstreuten gelbbraunen Pigmentschollen, und zweierlei Gruppen von Zellen-Anhäufungen, von denen die einen sich bei Hämatoxylin-Eosin-Doppelfärbung intensiv roth, die anderen intensiv blau färben, oder bei Färbung mit Picro-Lithioncarmin gelb resp. roth.

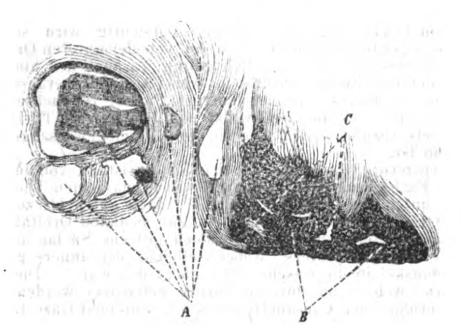


Fig. I.

Während erstere (Fig. 1 A.) in den schon makroskopisch sichtbaren und stellenweise unter sich anastomosirenden Hohlräumen liegen, sind letztere (Fig. 1 B) in das bindegewebige Gerüst eingelagert, ihre Anhäufung ist nicht scharf gegen die Umgebung abgegrenzt, sondern man sieht die blauen Zellen (bei Hämatoxylin-Färbung) sich reihenweise in das Gewebe weitererstrecken. Die Gefässe sind ziemlich zahlreich und stark gefüllt mit ebensolchen rothen Zellen, wie sie in den Hohlräumen angehäuft sind (bei Hämatoxylin-Eosin-Doppelfärbung), zwischen denen sich einzelne blaue Zellen befinden. An manchen Stellen sieht man ein Gefäss direct sich zu einem Hohlraum erweitern. In der Peripherie der Ansammlungen von blaugefärbten Zellen sieht man schmale Spalträume, die leer erscheinen (Fig. 1 C).

Bei starker Vergrösserung (Zeiss Obj. F. Ocul. 2) erkennt man eine deutliche Auskleidung der Hohlräume mit einem Endothel; die Zellen haben in der Mitte einen Kern und flachen sich nach den Seiten ab. Eine solche Auskleidung findet sich auch in den spaltförmigen Hohlräumen, die sich in der Peripherie der blauen Zellenanhäufungen finden (Fig. 2 E). Diese Endothelzellen sind stark granulirt und durch ihren Pigmentgehalt hellbraun gefärbt.

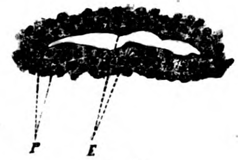


Fig. II.

Die in den Hohlräumen eingeschlossenen und durch Eosin gefärbten Zellen stellen sich deutlich als rothe Blutkörperchen dar, zwischen denen sich einzelne, durch Hämatoxylin gefärbte farblose Blutkörperchen erkennen lassen. Die Wand der Hohlräume besteht zunächst aus dem beschriebenen Endothel, sodann aus derbem zellarmem Bindegewebe mit elastischen Fasern. Je weiter man sich von dem Endothel entfernt, um so lockerer wird das Bindegewebe und um so mehr treten spindelförmige und unregelmässige Bindegewebszellen auf; dazwischen befinden sich unregelmässige Pigmentschollen und vereinzelte runde Zellen, deren Kern durch Hämatoxylin sich intensiv blau färbt. Solche runde Zellen findet man zahlreicher in der Umgebung der Gefässe. — Was die zweite Gruppe von Zellen betrifft, die eine Blaufärbung mit Haematoxylin aufweisen, so lässt sich auch bei starker Vergrösserung keine distincte Abgrenzung unterscheiden. In diesen Zellen-Nestern lassen sich zweierlei Zellen unterscheiden: einmal, und besonders in der Peripherie, sieht man kleinere runde Zellen mit grossem Kern, der sich intensiv mit Hämatoxylin färbt, und zweitens grössere protoplasmareichere und unregelmässig gestaltete Zellen mit flaschenförmigem Kern. Letztere epithelioiden Zellen nehmen mehr die centralen Partien ein, und zeigen stellenweise beginnende Verkäsung. Ihre Kerne färben sich viel schwächer als die Kerne der erstgenannten Zellen. Auf ausgepinselten und ausgeschüttelten Schnitten lässt sich ein feines Reticulum in diesen Zellennestern erkennen. Auch findet man hier zwischen den Zellen eingestreute Pigmentschollen (Fig. 2 P.)

Die schon makroskopisch auf Angioma cavernosum gestellte Diagnose ist also durch den mikroskopischen Befund vollständig bestätigt worden: die mit rothen Blutkörperchen angefüllten und mit Endothel ausgekleideten Hohlräume, die in directer Beziehung zu den Gefässen stehen, lassen eine solche Diagnose wohl unzweifelhaft erscheinen. Die Hohlräume sind dabei als Erweiterungen der kleinsten Gefässe und Capillaren anzusehen. Ein genau ebensolches Endothel, wie in dem vorliegenden Falle findet sich bei Wedl und Bock[2]) beschrieben.

Das derbe, bindegewebige Balkenwerk mit den zahlreichen elastischen Fasern nimmt seinen Ausgang von der Kapsel des Tumors und stellt im Verein mit den Gefässwänden ein sich vielfach durchflechtendes Gerüst dar. Die Gegenwart von Pigment dürfte vielleicht auf verändertes Blut zurückzuführen sein, das seinerseits aus geborstenen Cavernen stammte. Eine solche Pigmentirung findet sich auch erwähnt bei Wedl und Bock (l. c.) und ferner bei Horner[3]).

Von besonderem Interesse sind die Nester von Zellen lymphoiden und epithelioiden Charakters, wie ich sie nur bei Wedl und Bock (l. c.) in gleicher Weise beschrieben gefunden habe, während Wiesner[4]) in zwei von ihm beschriebenen Fällen von Lymphangioma cavernosum eine mehr diffuse Infiltration des Parenchyms mit lymphoiden Zellen erwähnt, wie sie sich im vorliegenden Falle in einer an unveränderten Gefässen reicheren Partie des Tumor's findet. Leider befindet sich bei Wedl und Bock keine Deutung des Befundes. Der Charakter der Zellennester, die epithelioiden Zellen mit Anzeichen beginnender Verkäsung liessen zunächst an Granulationsgewebe denken und forderten zur Färbung mit Anilin-

---

[2]) Wedl und Bock: Patholog. Anat. d. A. 1886 pag. 392.
[3]) Horner: Klin. Monatsbl. f. Augenhlk. 1871.
[4]) Wiesner: Das Lymphangiom der Augenhöhle. Arch. f. Ophth. XXX. 2 pag. 205 u. f.

farbstoffen auf. Dieselbe wurde sowohl mit Methylenblau als auch nach der Gram-Günther'schen und Ziehl-Gabet'schen Methode ausgeführt aber mit negativem Resultat. Die Anwesenheit der mit Endothel ausgekleideten leeren Spalträume in der nächsten Umgebung der Zellennester, die wohl als Lymphcapillaren anzusprechen sind, lässt die Zellennester als miliare Lymphfollikel erscheinen, und wären dann die epithelioiden Zellen als Umwandlungsprodukt der lymphoiden Zellen anzusehen. Die diffuse Infiltration mit kleinen Rundzellen in der Umgebung der Gefässe liess sich, wie es auch Wiesner thut, auf einen entzündlichen Zustand im Tumor selbst zurückführen.

Klinisch ist der Tumor dadurch interessant, dass er ausserhalb des Muskeltrichters sass und sich trotz seiner ziemlich beträchtlichen Grösse mit Erhaltung des Auges exstirpiren liess. Nach Berlin ist das als eine Abweichung von der Norm aufzufassen. Für das letzte Decennium habe ich in der Literatur auch nur 3 Fälle ausfindig machen können, wo dieses der Fall war: 1 Fall von Samelsohn[5]), 1 Fall von Elosie[6]) und ein Fall von Brunschwig[7]) denen sich einer der beiden citirten Fälle von Lymphangioma cavernosum Wiesner's anschliesst.

[5]) Samelsohn: Cavernöse Geschw. d. Orb. Berl. klin. Wochenschr. 1880 S. 13.

[6]) Elosie: Etude clinique et anatomique sur un cas d'angiome caverneux encysté de l'orbite. Arch. d'ophth. francaises 1882. Mai-Juin p. 259 cit. nach Annales d'oculist. 1882 Nov.-Dec. pag. 267.

[7]) Brunschwig: Arch. d'ophth. 1889 Sept. — Oct. cit. nach Centralbl. f. Augenhlk. 1889 pag. 408.

Referate.

Josef Fabricius: Ueber den Verschluss des Schenkelcanales bei Operation von Schenkelhernien. Beitrag zur Chirurg. Festschrift, gewidmet Th. Billroth.

Berger: Sur l'opération de la cure radicale des hernies crurales. Referirt im Centralbl. f. Chirurg. Nr. 52, 1892.

F. Salzer: Ein Vorschlag zur Radicalheilung grosser Cruralhernien. Centralbl. f. Chir. Nr. 33, 1892.

Watson Cheyne: The radical cure of hernia, with a description of a method of operation for femoral hernia. The Lancet. November 5, 1892.

Die langjährigen vielfachen Bemühungen um die beste Methode der Radicalheilung von Leistenhernien sind durch die, von allen Seiten mit bestem Erfolg nachgeprüfte, Bassini'sche Operation zu einem vorläufig befriedigenden Abschluss gebracht worden. Anders steht es mit der Radicaloperation der Schenkelbrüche. Hier fängt die Arbeit erst an. Um unsere Leser über die diesbezüglichen Bestrebungen auf dem Laufenden zu erhalten, besprechen wir kurz die oben genannten neuesten Arbeiten.

Fabricius, Operateur an der Billroth'schen Klinik, hat folgende Methode zum Verschluss des Schenkelcanals ersonnen und an der Leiche erprobt. Hautschnitt über dem lig. Poupartii fast von der spina ant. sup. ossis ilei bis zum tuberculum ossis pubis; von diesem Schnitt aus wird ein zweiter 8 Cm. weit nach abwärts über den grossen Schenkelgefässen geführt, wie zur Unterbindung der Arterie. Von der Stelle aus, wo beide Schnitte sich treffen, werden die Hautwinkel nebst fascia superficialis vom oberflächlichen Blatt der fascia lata abpräparirt. Dann wird die fascia lata rein präparirt, das Fett und die Lymphdrüsen über dem foramen ovale fortgenommen, so dass man deutlich den Uebergang des oberflächlichen Blattes der fascia lata in die fascia pectinea sieht. Jetzt wird die fascia lata durch einen senkrechten Schnitt, der lateral vom foramen ovale von der Einmündungsstelle der Vena saphena magna in die Vena cruralis bis zum lig. Poupartii reicht, gespalten. Weiter wird die Insertion der fascia lata am Poupart'schen Bande lateralwärts durchtrennt, damit man die Gefässe besser nach aussen ziehen kann. Der medialwärts von dem senkrechten Schnitt gelegene Theil des oberflächlichen Blattes der fascia lata wird bis zur fascia pectinea ganz wegpräparirt. Es folgt die Ausräumung des Fettes und der Rosenmüller'schen Drüse aus dem Schenkelkanal (bei vorhandenem Bruch fällt dieser Act weg, es erfolgt die Reposition des Bruchinhalts und Abtragung des möglichst hoch abgebundenen Bruchsackes). Die Gefässe werden sammt ihrer Scheide vom tiefen Blatt der fascia lata stumpf abgelöst und soweit nach aussen gezogen, dass die Vene c. 1 Cm. nach auswärts von der eminentia ileopectinea zu liegen kommt. Dann wird das lig. Poupartii von seiner Insertion am tuberculum ossis pubis abgeschnitten und so entspannt. Hierauf näht man das Poupart'sche Band an den horizontalen Schambeinast, indem man eine stark gekrümmte Nadel 1 Cm. vom freien Rande entfernt durch das lig. P. durchsticht, das Band gegen die Bauchhöhle zu drängt und dieselbe Nadel lateral von der eminentia ileo pectinea durch das lig. ileopectineum und das Periost des Schambeinastes durchführt. Diese erste Naht liegt also dicht an den stark nach aussen gedrängten Gefässen. Die Nähte werden nun in gleicher Weise, unter steter Mitfassung des Periostes, bis zum tuberculum ossis pubis geführt. Die Verlagerung, die die Gefässe erfahren, soll nach F. unschädlich sein. Jetzt folgt die Deckung der Gefässe dadurch, dass man den lateralen Antheil des oberflächlichen Blattes der fascia lata über die Gefässe nach innen zieht und an die fascia pectinea annäht, indem man nur eine Durchtrittsstelle für die V. saphena lässt. Dann näht man noch das oberflächliche Fascienblatt an der Stelle wo es vom lig. Poup. abgetrennt wurde wieder an dieses an und schliesst die Hautwunde. — Wie man sieht ist das Verfahren ziemlich complicirt. Am Lebenden hat es Gersuny einmal ausgeführt. Das Wesentliche ist die Annähung des lig. Poup. an den ramus horiz. ossis pubis.

Ueber die Methode Berger's, die einfacher und mehrmals am Lebenden erprobt ist, kann Ref. nur nach dem Referat Reichels im Centralblatt für Chirurgie berichten, da ihm das Original nicht zugänglich ist. «Um jede, auch geringste trichterförmige Ausstülpung des Bauchfelles, die nach Abbindung des Bruchsackhalses zurückbleiben könnte, sicher zu vermeiden, führt B. nach Exstirpation des Sackes die beiden Enden der Ligatur mittels Nadeln oberhalb des Bruchkanales durch die Bauchmuskeln bis unter die Haut und knotet sie hier. Den Bruchkanal sucht er durch 3—4 über einander gelegte nach Art einer Tabaksbeutelnaht gelegte Nähte zu verschliessen, welche die Fascia pectinea an das Ligamentum Pouparti heranziehen.»

Salzer bildete in einem Fall nach Abtragung des Bruchsackes aus der fascia pectinea «mittels eines unter den Schenkelgefässen in der Nähe der crista pectinea beginnenden, flachen, distalwärts convexen Bogenschnittes, welcher am lig. Gimbernati endigte, einen kurzen, breiten, resistenten Fascienlappen, dessen freier Rand mit dem medialen Drittel des Poupart'schen Bandes ohne irgend welche Spannung vernäht wurde, und so als Ganzes ein derb-fibröses Septum crurale darstellte». Die Fascia pectinea scheint die für diese Verwendung als plastisches Material nöthige Derbheit bei älteren Leuten und solchen, die längere Zeit Bruchbänder getragen haben, zu besitzen.

Aehnlich dieser Methode ist die von Watson-Cheyne. Dieser fixirt den abgebundenen Bruchsack an die Bauchwand (wie Berger). Dann umschneidet er mit einem nach unten convexen Bogenschnitt einen Lappen, der die ganze Dicke des musc. pectineus enthält und gross genug ist, um ohne jede Spannung in den Schenkelkanal gebracht zu werden. An den beiden untersten Ecken des Lappens werden Nähte angelegt, der Lappen wird frei gemacht, nach oben in den Cruralkanal geschlagen und hier fixirt, indem man die Fäden von innen nach aussen durch die Bauchwand oberhalb des Poupart'schen Bandes führt und befestigt. Watson Cheyne ist gleichzeitig mit und unabhängig von Salzer auf seine Methode verfallen. In 2 Fällen hat sich die Methode gut bewährt. Der Schenkelkanal ist mit einer derben harten Gewebsmasse gefüllt, Anprall beim Husten ist nicht zu fühlen. Das Dauerresultat lässt sich wegen der Kürze der seither verflossenen Zeit noch nicht feststellen. Ob der Muskel bindegewebig degenerirt, ist nicht bekannt. Wanach.

R. Kobert (Dorpat): Ueber die wirksamen Bestandtheile des Rhizoma Filicis maris. (Pharmaceutische Post. December 1892).

Ueber den wirksamen, wurmtreibenden Bestandtheil des Wurmfarns gehen die Ansichten noch auseinander. Sicher ist nur, dass dieser wirksame Stoff, oder diese wirksamen Stoffe, wenn es mehrere sein sollten, sich sowohl im gepulverten Rhizom, als auch in dem ätherischen Extract desselben finden. Vielfach, so namentlich neuerdings von Poulsson, ist die amorphe Filixsäure als das einzig wirksame Princip des Extractes angenommen worden. Dieser Annahme gegenüber ist nun Kobert durch physiologische Versuche die er an lebenden Tänien, Bothricephalen und Askariden anstellte zum Schluss gelangt, dass in dem Rhizoma Filicis keineswegs die Filixsäure das einzig wirksame Agens ist, dass vielmehr die wurmwidrige Wirkung dieses Rhizoms und des daraus dargestellten Extractes mit und vielleicht vorwiegend bedingt wird durch das ätherische Oel, welches vermittelst des fetten Filix-

öles ein inniges Gemisch oder gar eine lockere chemische Verbindung mit der Filixsäure bildet. Gerade in dieser Form wird das Gemisch im Darm rasch emulgirt, umspült allseitig die Bandwürmer und lahmt sie, so dass ein rechtzeitig nachgeschicktes Abführmittel sie per anum abführt. In warmer Nährlösung aufgefangen, erholen sie sich meist rasch wieder, wodurch bewiesen ist, dass die im Darm zur Entfernung der Würmer nothwendige Concentration keineswegs eine abtödtend wirkende zu sein braucht. D—o.

R. Kobert (Dorpat): Ueber Saponin und das der Kornrade im Besonderen. (Pharm. Post. October—November 1892)).

Zum Schluss dieser ausführlichen Arbeit, geht Verf. auf die Frage der Giftigkeit der als häufiges Unkraut auf unsern Feldern bekannten Kornrade (Agrostemma Githago) näher ein. Es ist bekannt, dass aus den Samen der Kornrade eine Saponinsubstanz, das Agrostemmin oder Agrostemma-Sapotoxin, gewonnen werden kann, welches als Protoplasma- und Blutgift auf Thiere und Menschen giftige und bei genügender Dosis sogar tödtliche Wirkungen entfaltet. Trotzdem ist es aber von Landwirthen festgestellt, dass Schweine in ihrem Futter 40 pCt., ja sogar 70 pCt. Kornradesamen ohne Nachtheil vertragen. Das erklärt sich dadurch, dass die sehr energisch wirkenden Verdauungssecrete dieses Thieres das Sapotoxin innerhalb des Magendarmtractus in unschädliches Sapogenin und Zucker spalten. Auf die Verhältnisse des Menschen darf diese landwirthschaftliche Erfahrung aber jedenfalls nicht ausgedehnt werden, denn es ist sicher, dass wenn Menschen ein aus Mehl mit 40 pCt. Kornrade gebackenes Brod essen, dieselben über kurz oder lang an Verdauungsbeschwerden erkranken, sogar blutige Durchfälle bekommen können.

Es kann daher nicht dringend genug vor dem Missbrauch des Kornrademehls zur Brodbereitung gewarnt werden, zumal in Missernteiahren, wo man nach Surrogaten für's mangelnde Getreide zu suchen gezwungen ist. In der That ist die Kornrade auch schon im vergangenen Jahr in Südrussland massenhaft zu diesem Zweck aufgekauft und verhandelt worden, wie aus folgender Zeitungsnotiz zu ersehen ist, welche die ganze russische Presse ohne Widerspruch zu finden, durchlaufen hat.

«Aus Odessa berichten die dortigen Blätter, dass Getreidehändler die Kornabfälle, die beim Dreschen entstehen und aus Kornrade, Strohtheilen und Schmutz bestehen, stark aufkaufen. Bei guter Ernte geht diese Mischung in die Ziegelbrennereien, bei Missernten wurde sie bisher höchstens als Viehfutter verwandt und kostete dann nicht über 10 Kop. per Pud. Gegenwärtig herrscht jedoch darnach eine grosse Nachfrage im ganzen Süden und der Preis ist bis 60 Kop. per Pud gestiegen und grosse Massen wurden aus Odessa, Nikolajew und Ssimferopol unter dem Namen von Korn nach Libau, Windau und Riga versandt».[1])

Wir hoffen, dass diesem Missbrauch mittlerweile wieder gesteuert worden ist.

Nur wenn der giftige Embryo des Samenkornes der Kornrade durch geeignete Schrotung entfernt worden ist, wie das **Kobert** schon 1890 empfahl, oder wenn er durch Röstung des Kornes unschädlich gemacht wird, kann der mehlreiche und daher sehr brauchbare Rest des Kornes als unschädliches Nahrungs- und Futtermittel benutzt werden.

Wir halten die im übrigen kurz wiedergegebenen Ausführungen des geschätzten Verfassers angesichts der Schwierigkeiten, mit denen die Volksverpflegung heuer in Russland zu kämpfen hat, für sehr zeitgemäss und wünschen ihnen eine weite Verbreitung. D—o.

[1]) Neue Dörptsche Zeitg. 1892. Nr. 253, vom 2. Novbr.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Rudolf Frank: «Ueber die angeborene Verschliessung des Mastdarmes und die begleitenden inneren und äusseren angeborenen Fistelbildungen». Wien, Josef Safar. 1892.

Das 88 Seiten starke Buch enthält einen sehr wichtigen Beitrag zur Theorie der Entstehung des angeborenen Mastdarmverschlusses in allen seinen Varianten. Das Resultat, zu dem F. auf Grund entwickelungsgeschichtlicher Thatsachen und anatomischer Befunde gelangt, ist, in ganz kurzen Worten ausgedrückt, folgendes: Die Atresia ani entsteht nicht durch Entwickelungshemmung, sondern kommt bei schon bestehender, nach aussen geöffneter Cloake durch nachträgliche Verwachsungen, besonders zur Zeit der Dammbildung (3. und 4. Monat) zu Stande; diese abnormen Verwachsungen sind als excessives Fortschreiten der normaliter vor sich gehenden Verwachsungen aufzufassen. Die mit der Atresia ani einhergehenden inneren und äusseren Fistelbildungen sind alle durch das Ausbleiben der Obliteration von normaliter verwachsenden embryonalen Canälen und Furchen zu erklären. Es würde zu weit führen, alle Gründe, die F. für seine Anschauung anführt, zu referiren. Sie sind jedenfalls sehr stark und überzeugend, da sie durchweg auf Thatsachen beruhen. Geht man von F's Ansicht aus, so kann man sämmtliche Formen der Verschliessung des Mastdarms, ohne den Thatsachen Zwang anzuthun und ohne unerwiesene Suppositionen heranzuziehen, einheitlich aus Modificationen normaler Bildungsvorgänge erklären und durch Uebergänge mit einander in Verbindung bringen. Nebenbei ergiebt sich ein principieller Unterschied zwischen den innern und äussern Fisteln. Nur die ersten sind als Cloakenreste zu bezeichnen, da nur sie aus der eigentlichen entodermalen Cloake hervorgehen, während die äusseren Fisteln den Ektodermanlagen angehören, also mit der Cloake nichts zu thun haben.

Wir können die kleine Schrift Allen, die sich für diesen Theil der theoretischen Chirurgie interessiren, warm empfehlen. Aeusserlich zerfällt sie in eine Einleitung, einen allgemeinen und einen wohlgeordneten casuistischen Theil, und ist reich mit instructiven Illustrationen versehen. Die Verlagshandlung hat für die Ausstattung ihr Bestes gethan.

Wanach.

Beiträge zur Chirurgie. Festschrift gewidmet **Theodor Billroth** von seinen dankbaren Schülern zur Feier des vollendeten fünfzigsten Semesters seines akademischen Wirkens in Wien. Stuttgart, F. Enke 1892.

Wir zeigen hiermit das Erscheinen dieses reichhaltigen Werkes, das den grossen Meister ebenso ehrt wie seine zahlreichen Schüler, kurz an. Unter den 30 in ihm enthaltenen Aufsätzen sind viele, die ein eingehenderes Referat wünschenswerth machen. Wir behalten uns daher vor, unsere Leser allmählig genauer mit den wichtigeren Arbeiten bekannt zu machen. Den Fachcollegen aber können wir nur die Anschaffung des Buches empfehlen, das mit 2 Porträts von **Billroth** geschmückt und von **F. Enke** in bekannter vortrefflicher Weise ausgestattet ist. **Wanach.**

Auszüge aus den Protokollen der Medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 21. October 1892.

Herr **Dehio** spricht über **Davos als Curort.**

Der grösste Fortschritt, den die Therapie der Phthise in unserem Jahrhundert gemacht hat, besteht darin, dass die Phthisiker nicht mehr, wie früher, um jeden Preis vor allen erregenden Einflüssen der Aussenwelt geschützt und deshalb in's Zimmer gesperrt, vor allen körperlichen und geistigen Thätigkeiten behütet und als Halbtodte dem Leben so viel als möglich entzogen werden müssen. Die schönen Erfolge der klimatischen Curen haben uns eines Besseren belehrt. Vor allen Dingen hat uns **Davos** gezeigt, dass die grössere Wärme der Lufttemperatur nicht der ausschliessliche vielleicht auch nicht der hauptsächliche Heilfactor der klimatischen Curorte ist. — Das klare kalte **Davoser** Winterklima muss jedenfalls andere Heilfactore besitzen; allein dieselben zu erkennen ist nicht leicht. Man hat auf den geringeren Barometerstand und die Luftverdünnung des Höhenklimas recurrirt, aber theoretisch besitzen wir keine Anhaltspunkte, um zu verstehen, wie diese Verhältnisse den Verlauf einer Schwindsucht wesentlich beeinflussen sollten. Die Reinheit der Luft spielt gewiss eine wichtigere Rolle, aber diese finden wir auch anderswo, als im Höhenklima. Im letzteren müssen also noch andere Heilkräfte enthalten sein; und auf diese letztere hat neuerdings **Clar** (Zur Klimatologie des Südens. Wiener klin. Wochenschrift 1892 Nr. 35) aufmerksam gemacht. Ueber dem hochgelegenen **Davos** lagert eine dünnere und trocknere Luftschicht als über der Tiefebene, und deshalb geben die Sonnenstrahlen derselben weniger Wärme ab, ehe sie den Boden berühren, als an niedrig gelegenen Orten. Die Höhenluft nimmt relativ weniger Wärme auf, und ist deshalb, im Schatten gemessen, kühl, ja kalt. Die Sonnenstrahlen dagegen sind relativ warm, da sie der Luft nur einen geringen Wärmetribut entrichten, und deshalb entsteht ein Gegensatz zwischen Sommerwärme und Luftkälte, den jeder im **Davoser** Sonnenschein Wandelnde an seiner eigenen Sonnen- und Schattenseite empfindet, und der um so intensiver zur Geltung kommt, als an Höhencurorten, resp. **Davos**, ein bewölkter Himmel namentlich im Winter nur ausnahmsweise vorkommt. In Folge der Besonnung des Körpers wird der Hautoberfläche, die durch die Sonnenstrahlen erwärmt wird, relativ weniger Wärme entzogen; dagegen ist die Wärme-

abgabe durch die Lungen, welche die kalte Winterluft einathmen, eine grosse. Dass durch diese Wärmeentziehung Respiration, Circulation und Stoffwechsel angeregt werden, ohne dass der Körper an seiner äusseren Oberfläche Frost empfindet, liegt auf der Hand: hierin besteht auch der Unterschied von unserem nordischen Herbst- und Winterklima, dessen feuchtkalte und trübe Luft die Phthisiker so leicht frösteln macht und in's dumpfe Zimmer treibt. Die Davoser Wetterkarten der letzten Jahre, welche der Vortragende demonstrirt, zeigen ausserdem, dass die Unterschiede der Tages- und der Nachttemperatur im Winter wegen der intensiven Sonnenwirkung sehr gross sind. In Folge dessen sind die Tage, d. h. diejenigen Zeitabschnitte, welche ausschliesslich von den Kranken zum Aufenthalt im Freien benutzt werden, häufig wärmer als bei uns zu Lande, obgleich die 24-stündigen Temperaturmittel von Davos meistens niedriger sind, als die unsrigen. Resumiren wir unsre Anschauung, so ist es die sonnige Klarheit des Winterhimmels und die Wärme der Sonnenstrahlen, welche dem Davoser Klima den Vorzug vor unsrem Winterwetter verleihen. Will man bei uns zu Lande Sanatorien für Schwindsüchtige einrichten, so wird man gut thun, von vorne herein auf einen sehr ergiebigen Aufenthalt der Phthisiker im Freien für den Winter zu verzichten und lieber heizbare Wandelgänge und Veranden für die Kranken einrichten. Dass im Sommer das Davoser Klima keine schwerwiegenden sanitären Vorzüge vor dem unsrigen besitzt, leuchtet von selbst ein, denn im Sommer erfreuen auch wir uns des Sonnenscheins und linder Lüfte. — Endlich darf nicht vergessen werden, dass nur solche noch nicht sehr vorgeschrittene Fälle von Lungentuberculose sich für Davos eignen, in denen es in erster Linie drauf ankommt, kräftigend auf den Körper und anregend auf den Stoffwechsel zu wirken, die mehr subacut mit Neigung zu Haemoptoe und stärkerem Bronchialcatarrh verlaufenden Fälle schickt man, statt in's kalte und trockne Davos, besser in das warme und feuchte Küsten- und Inselklima des mittelländischen Meeres.

Herr Robert Koch: «Meiner Meinung nach können wir uns noch nicht von dem Vorwurf eines gewissen Schematisirens in der Auswahl eines Curorts frei machen, wenn wir auch nicht mehr in dem Wahn befangen sind, alle Lungenkranken gehören in den Süden, an die Riviera oder in das Höhenklima. Viele einfachen Fälle im ersten Stadium lassen sich bei passender Behandlung und mit Geduld sowohl auf den Höhen, als auf dem Meere und am Strande heilen; viele weit fortgeschrittene oder selbst erst beginnende, aber rasch fortschreitende nirgends; bei vielen ist ja die Entscheidung durch ausgesprochene Constitutionseigenthümlichkeiten gegeben, indem bekanntlich erethische widerstandslose Constitutionen, Höhenklimate, besonders mit niedriger Temperatur, wie Davos, schlecht vertragen, und in sonnigen warmen Orten bessere Aussichten haben, während schlaffe mehr torpide widerstandsfähige Constitutionen auf Höhen entschieden leichter genesen. Wärme, Kälte, Licht und Sonnenschein, bestimmte Verhältnisse des Luftdrucks, der Feuchtigkeit, der Luftbewegung und der Elektricität sind entschieden sehr wesentliche Heilfactore, aber die wichtigste Bedingung wäre doch die Reinheit der Luft — die aseptische Luft — die Immunität eines Ortes. Aber ein immunes Höhenklima giebt es nicht, im Höhenklima, das für therapeutische Zwecke in Betracht kommt (1000—2000 Meter) z. B. im Jura, wo viele Fabrikbetriebe sind und die Bevölkerung gedrängt lebt, ist die Tuberculose trotz der 1100 Meter ebenso häufig wie in Berlin. — Nur zu bekannt sind ferner die Nachtheile, die den Kranken in physischer Hinsicht erwachsen und nicht zum Mindesten macht sich bisher der Mangel eines statistischen Materials fühlbar, durch welches wir auch nur annähernd im Stande wären, uns von dem Gewinn zu überzeugen, welchen die in die Curorte geschickten Phthisiker haben, daher bin ich der Meinung, dass durch Errichtung passend eingerichteter Anstalten unter ärztlicher Leitung, in günstig gelegenen Districten der Heimath sich sehr viele der Vortheile ferner klimatischer Curorte erzielen lassen würden, und deshalb ist, wie schon vielfach und namentlich auf dem internationalen Congress in Berlin hervorgehoben worden ist, die Gründung solcher Anstalten ein Volksbedürfniss».

z. Z. Secretair: Robert Koch.

Protokolle der IV. Sitzung des vierten livländischen Aerztetages.

Wenden den 16. Sept. 1892, ³/₄10 Uhr Vormittags.

1. Die Versammlung beschliesst auf Antrag des Präses, die veröffentlichten Vorträge dem Protokoll in Separatabdrücken beizufügen.

2. a) Vortrag des Herrn A. Oehrn-Wendau: «Zur Trachomstatistik in Livland».

(Der Vortrag ist in dieser Wochenschrift veröffentlicht).

In Anschluss an diesen Vortrag stellt Vortragender folgende Propositionen:

1. Da die Resultate der bisherigen Enquête noch sehr lückenhaft sind, indem sie etwa nur den 3. Theil Livlands umfassen, so wolle der Aerztetag die Anstellung einer nochmaligen allgemeinen livländischen Trachomenquête beschliessen und dieselbe einer dazu zu erwählenden Commission übertragen. Die Enquête solle sich auch über Est- und Kurland erstrecken.

2. Der Aerztetag möge gehörigen Ortes die Anstellung der Kirchspielsärzte als Schulärzte anregen, etwa mit der Verpflichtung, einmal jährlich die Schulen zu besuchen und für Behandlung aller Trachomkranken zu sorgen.

3. Der Aerztetag möge ein ständiges Comité ernennen, dessen Aufgabe es wäre, durch die Presse event. auch durch Brochüren und Flugblätter hygienische, diätetische, allgemeinpathologische und therapeutische Kenntnisse unter dem Volke zu verbreiten, und so den verbreiteten Vorurtheilen und abergläubischen Vorstellungen in medicinischen Fragen wirksamer als bisher möglich entgegenzutreten.

b) Correferat erstattet von Herrn H. Truhart-Fellin.

Bei der weiten Verbreitung des Trachoms unter unserer Landbevölkerung erscheint es nicht so ganz ungerechtfertigt, wenn dasselbe im Westen Europa's häufig als ein in den russischen Ostseeprovinzen «endemisches» Augenleiden gekennzeichnet wird. Die Thatsache, dass das Trachom zufolge der mannigfaltigen für das Sehorgan so sehr verderblichen Folgezustände nur zu oft selbst zu völliger Erblindung der mit ihm behafteten Personen führt, sowie der Umstand, dass dieses Augenleiden zufolge seiner contagiösen Natur bei ungehinderter Weiterverschleppung auch weit über die Grenzen unserer engeren Heimath hinaus ernste Gefahren in sich birgt, legt die Pflicht nahe, dass auch der livländische Aerztetag zur Trachomfrage Stellung nimmt und ernstlich die Schritte erwägt, welche geeignet erscheinen zu erfolgreichem Kampf gegen diesen Feind im eigenen Hause.

Von Erfolg kann aber ein Kampf nur gekrönt sein, wenn zunächst die wesentliche Vorbedingung erfüllt ist: die richtige Schätzung der Stärke des Gegners.

Es ist daher als überaus dankenswerth anzusehen, dass mein geehrter Herr Vorredner sich der grossen Mühwaltung unterzogen hat, durch eine diesbezügliche Enquête das Terrain zu recognosciren; um so dankenswerther seine fleissige Arbeit, da seit nahezu 3 Jahrzehnten umfassendere statistische Erhebungen über die Verbreitung des Trachoms nicht angestellt worden und die mannigfaltigen Schwierigkeiten zu bekannt sind, auf welche man beim Sammeln statistischer Daten selbst in Aerzte-Kreisen unseres Landes auch heutigen Tages leider immer noch stösst.

Das von Oehrn gesammelte und zusammengestellte Material ist, wenn es auch nicht auf absolute Vollständigkeit Anspruch erheben kann, immerhin umfassend genug, um in anschaulicher Weise die Thatsache zu illustriren, dass trotz der culturellen Fortschritte und trotz der mit letzteren Hand in Hand gehenden Verbesserung der hygienischen Wohnungsverhältnisse die Verbreitung des Trachoms unter der Landbevölkerung immer noch eine erschreckend grosse ist, dass wie früher so auch jetzt die Esten weit mehr, wie die Letten zur Trachominfection disponirt sind, dass dem entsprechend im estnischen Theile Livlands ein weit stärkeres Prävaliren dieser contagiösen Augenkrankheit zu Tage tritt und dass die Verbreitung des letzteren im Dörptschen, besonders im Fellin'schen Kreise ihren Höhepunkt in Livland erreicht.

Für die objective Richtigkeit dieser von Oehrn gemachten Schlussfolgerungen lässt sich auch auf anderem Wege gewonnenes Beweismaterial anführen und zwar an der Hand der Blindenstatistik, welche in geradezu überraschender Weise, wenigstens was den Dörptschen und Fellinschen Kreis anlangt, mit jenen übereinstimmt.

Es wird Sie daher, meine Herren, interessiren, die diesbezüglichen Daten zu erfahren.

Im Jahre 1886 wurde auf Veranlassung des unter dem Protectorat Ihrer Majestät der Kaiserin stehenden «Marienvereins zur Fürsorge für die Blinden» die erste Blindenzählung im Europäischen Russland ausgeführt und das gesammelte Material vom statistischen Centralbureau in Petersburg bearbeitet. In 50 Gouvernements, in Polen und im Kaukasus ergab die Zählung das Vorhandensein von 189872 Blinden.

Auf Livland entfielen 2635 Blinde; die kleinste absolute Blindenzahl hatte Astrachan mit nur 732 Blinden.

Die relative Blindenzahl schwankte zwischen dem Maximum 1 Blinder auf 238 Sehende in Kasan und dem Minimum 1 : 1429 in Bessarabien und Polen. Das Verhältniss der Blinden zu den Sehenden betrug in Livland 1 : 474; mithin ein ganz selten

ungünstiges Verhältniss. Auf die einzelnen Kreise vertheilen sich die Blinden in Livland in aufsteigender Reihenfolge folgendermaassen:

1	Der Oeselsche Kreis . . .	163	Blinde.
2.	» Pernausche » . . .	163	»
3.	» Rigasche » . . .	186	»
4.	» Walksche » . . .	190	»
5.	» Wendensche » . . .	192	
6.	» Werrosche » . . .	255	»
7.	» Wolmarsche » . . .	336	»
8.	» Fellinsche » . . .	350	»
9.	» Dörptsche » . . .	436	»
	In allen Kreisen Livlands . . .	2271	Blinde

(+ 364 Blinde in den Städten = 2635).

Unter den 9 Kreisen des Livländischen Gouvernements nimmt der Fellinsche Kreis nächst dem Dörptschen bezüglich der absoluten Blindenzahl die zweit-ungünstigste Stellung ein und was die relative Zahl der Blinden betrifft, so kann der Fellinsche Kreis nur mit Kasan, nur mit dem ungünstigsten Gouvernement des ganzen Europäischen Russlands, in welchem, wie oben angeführt, das Verhältniss der Blinden zu den Sehenden sich verhielt wie 1:238, verglichen werden; denn bei der Einwohnerzahl von nicht ein Mal voll 100,000 Einwohnern ergiebt sich bei 350 Blinden das Verhältniss von 1:285. Ich muss mich in meinem Correferat auf den Fellinschen Kreis beschränken, da mir detaillirte Daten aus den übrigen Kreisen nicht zur Hand sind, während ich im Fellinschen Kreise auf eine 20jährige eigene praktische Erfahrung zurückschaue. In meiner Stellung als Kreisarzt bin ich nur zu häufig in der Lage, Personen zu besichtigen, welche in Folge mangelhaft oder gar nicht behandelter Augenleiden halb oder ganz erblindet sind und dann in Grundlage meiner, ihre Arbeitsunfähigkeit bestätigenden Zeugnisse ihren resp. Gemeinden zur Last fallen. Dass es sich hierbei aber nicht nur um Personen handelt, welche in hohem Alter stehen, sondern selbst um ganz junge Leute, deren Arbeitskraft ein für alle Mal verloren geht, dürfte aus der Thatsache hervorgehen, dass beispielsweise von den im letzten Jahre (1891) in der Fellinschen Wehrpflichtscommission für zum Militärdienst wegen körperlicher Leiden untauglich befundenen 170 jungen Leuten 12 Personen, also 7,05% wegen Blindheit, resp. wegen schwerer Augenleiden brakirt werden mussten: eine für dieses jugendliche Alter doch enorm hohe Zahl!

Aber nicht nur aus der Blindenstatistik, auch noch auf anderem Wege lassen sich Daten heranziehen, welche für die Richtigkeit der von Oehrn gemachten Schlussfolgerungen speciell für den Fellinschen Kreis, weiteres Zeugniss ablegen.

Aus den officiellen Jahresberichten der Aerzte, betreffend die von ihnen im Laufe des Jahres behandelten Kranken ist ersichtlich, dass die Augenkrankheiten im Fellinschen eine ganz prävalirende Rolle spielen; ja aus meinen der Medicinal-Abtheilung alljährlich einzureichenden kreisärztlichen Jahresrechenschaftsberichten geht hervor, dass unter den 21 in denselben aufgestellten Krankheitsgruppen die Augenleiden in jedem Jahre entweder die erste oder zweite Stelle einnehmen. Während des letzten Jahrzehnts von 1882 bis 1891 (incl.) wurden im Fellinschen Kreise insgesammt 62545 Kranke ärztlich behandelt, unter diesen sind 10825 Augenpatienten verzeichnet: es waren mithin 17,3 pCt., also ungefähr der 6. Theil aller Kranken augenleidend.

Dass es sich bei diesen Augenleiden vorwiegend um Trachom oder deren mannigfaltige Folgezustände handelt, ist jedem in unserem Kreise practisirenden Arzte wohlbekannt und nur zu oft habe ich im Verlauf von 17 Jahren von den zu der hiesigen Wehrpflichtscommission abdelegirten Militärärzten das Erstaunen über das häufige Vorkommen des Trachom hier zu Lande, sowie aber auch die Klage laut werden gehört, dass die aus den Osteeprovinzen stammenden Rekruten nicht nur die ganze Armee, sondern das ganze Reich allmählig mit dieser perniciösen Augenkrankheit inficiren würden.

Es ist Ihnen wohl bekannt, dass in den übrigen europäischen Staaten das Trachom wegen der grossen Ansteckungsgefahr, und der für das Seborgan schwerwiegenden Folgen eo ipso von der Ableistung der Wehrpflicht dispensirt, während bei uns solches leider bisher noch nicht der Fall ist: denn laut den Instructionen für die Wehrpflichtsärzte (Lit. B. Punkt 7) sind die mit Trachom behafteten Rekruten zum Frontedienst, nur nicht für die Flotte zu empfangen. Es wäre eine dankenswerthe und für die Trachomstatistik in den Ostseeprovinzen sehr interessante Arbeit, wenn die Herren Wehrpflichtsärzte alljährlich das Recrutenmaterial nach dieser Richtung einer sorgfältigen Prüfung unterwerfen würden. Im vorigen Jahre habe ich in der Fellinschen Wehrpflichtscommission meine Aufmerksamkeit darauf gelenkt und möchte beispielsweise hier anführen, dass abgesehen von den schon zu Anfang aufgezählten 7,05 pCt. der der Wehrpflicht unterliegenden jungen Leute, welche wegen Blindheit oder anderweitiger schwerer Augenleiden vollständig dienstuntauglich befunden wurden unter anderen im 1. Canton, welcher als solcher und das Fellin-Köpposche und Gr. St. Johannis'sche Kirchspiel umfassend, dieses Mal 103 Recruten zu stellen hatte, von letzteren 28, also 27.18 pCt. mit Trachom behaftet waren.

Erwägen wir nun, dass in Familien, in welchen ein Glied an Trachom leidet, bei der unter den Bauern üblichen Lebensweise Niemand auf die Dauer verschont bleibt — und es gehört, wie ich solches aus eigenster Erfahrung weiss, nicht gerade nur zu den Einzelheiten, dass in ein und derselben Familie die Alten gänzlich erblindet, die jüngeren Familienglieder in hohem Grade schwachsichtig sind und die kleinen Kinder an trachomatöser Affection der Augenlider leiden, welche sie unter den bisher obwaltenden, mangelhaften, sanitären Verhältnissen, unfehlbar dem gleichen Schicksal entgegengeführt —, ziehen wir fernerhin in Betracht, dass alle Jahre von Neuem unsere jungen Soldaten den Infectionskeim in die denkbar verschiedensten Richtungen des Reichs hinaustragen, dann erscheint bei der erwiesenen Contagiosität des Leidens in der That die Furcht nicht unbegründet, dass durch das Zusammenleben in den Kasernen zunächst die Kameraden in der Armee angesteckt werden, diese wiederum den Krankheitsstoff auf ihre Familien übertragen und so allmählig die Krankheit im ganzen Reiche die weiteste Verbreitung findet.

Lediglich um die Stärke und Zähigkeit des in unserem eignen Lande sich eingenistet habenden Feindes festzustellen, bedarf es, wie mir erscheinen will, weiter nicht mehr trachomstatistischer Forschungen. Ihnen gegenüber aber, meine Herrn Collegen, bedarf es erst recht nicht noch weiterer Schilderung des Ernstes der Gefahr, welche die ungehinderte Weiterverschleppung dieser Krankheit mit sich bringt, noch auch in's Detail ausgeführter Illustration des Elends, welches das vernachlässigte Trachom nicht nur für den Einzelnen, sondern für ganze Familien im Gefolge hat. Es erheischt vielmehr die Pflicht der hier versammelten Aerzte Livlands der gewordenen Erkenntniss entsprechenden Ausdruck zu verleihen und ernstlichst Maassnahmen in Erwägung zu ziehen, welche geeignet wären, dem unter unserer Landesbevölkerung herrschenden Elend zu steuern und der Weiterverschleppung dieses Leidens über die Grenzen des Landes hinaus Einhalt zu gebieten.

Bevor ich jedoch an die Besprechung dieser Frage herantrete sei es mir zunächst gestattet, in Kürze noch die Momente hervorzuheben, welche der bemerkenswerthen Erscheinung zu Grunde liegen, dass in Uebereinstimmung der von Oehrn und mir angestellten Untersuchungen gerade der Fellinsche Kreis, dessen Einwohner bekanntlich keineswegs zu der materiell besonders ungünstig situirten Bevölkerung in Livland gehört, den wenig rühmlichen Vorrang besitzt, den grössten Procentsatz an Trachompatienten zu liefern. Es sind das meiner Ansicht nach folgende:

1. Der Fellinsche Kreis ist nahezu ausschliesslich von Esten bewohnt und letztere sind erfahrungsgemäss besonders zur Trachominfection disponirt.

2. Die weite Entfernung von den grossen Verkehrsadern und von den Centren der Provinz ermöglicht es nur in Einzelfällen den bemittelteren Bewohnern des Kreises sich einer andauernden, rationellen Behandlung in Kliniken zu unterziehen.

3. Der Mangel an Aerzten und Hospitälern speciell in unserem Kreise macht eine rationelle Therapie unmöglich; bei einer Bevölkerung von gegen 100.000 Einwohnern gab es bis vor 2 Jahren nur an zwei Orten Kirchspielsdoctorate.

4. Die zahlreichen im Fellinschen Kreise vorhandenen, jedoch jeglichen ärztlichen Beiraths oder schulärztlich-sanitärer Controle entbehrenden «landschen» Schulen liefern zufolge des Zusammenwohnens von Massen einen besonders fruchtbaren Boden für die Weiterverbreitung des Trachoms.

Was nun den Kampf gegen das Trachom anlangt, so könnte meines Erachtens ein rascher Erfolg und eine radicale Beseitigung der Gefahr der Weiterverbreitung nur erreicht werden, wenn das Uebel an der Wurzel gefasst wird und die competenten Organe vor tiefgreifenden und energischen Maassnahmen nicht zurückschrecken. Als solche wären aber zu bezeichnen:

1) die Exportirung eines Gesetzes, laut welchem mit Trachom behaftete Individuen überhaupt nicht zum Militärdienst angenommen werden dürften.

2) Die Gründung grosser Krankenanstalten auf Staatskosten behufs Internirung, Isolirung und Behandlung aller Trachomkranken.

Was den ersten Punkt anbetrifft, so bin ich davon überzeugt, dass über kurz oder lang, sobald nur die thatsächlichen Verhältnisse in dieser Beziehung genügend bekannt sind, auch unsere Staatsregierung analog den übrigen Europäischen Staaten von sich aus ein dementsprechendes Gesetz erlassen wird. Die versammelten Aerzte ersuche ich durch Abstimmung im Princip bezüglich dieser Frage Stellung zu nehmen.

Der zweite Punkt hingegen ist bei der Massenverbreitung

des Trachoms unter unserer Landbevölkerung auch abgesehen von allen übrigen, unüberwindlichen praktischen Schwierigkeiten schon wegen der ganz enormen und unerschwinglichen Kosten undurchführbar. Um so mehr verlangt es aber daher die Pflicht mit voller Energie und Opferfreudigkeit, wenn auch zunächst nur in kleinem Maassstabe den Kampf gegen diesen hartnäckigen Feind zu beginnen. Als geeignete Kampfesmittel wären zu bezeichnen:

1) Aufklärung des Landvolkes über das Wesen und die Gefahren des Trachoms und seiner Folgezustände durch populäre Abhandlungen in der Presse.

2. Vor allem eine rationelle Therapie des Trachoms in jedem einzelnen Falle. Da nun aber eine solche den neueren wissenschaftlichen Erfahrungen gemäss in frühzeitigem operativem Eingreifen, welchem eine andauernde vom Arzte selbst zu leitende locale Nachbehandlung zu folgen hat, besteht, so ist bei den bisherigen durchaus unzureichenden, sanitären Verhältnissen bei uns zu Lande, wo gehörig dahinzuwirken, dass

a) die Zahl der Landärzte, welche gleichzeitig obligatorisch verpflichtet wären als Schulärzte die Volksschulen einer sanitären Controle zu unterziehen, um ein Wesentliches vermehrt werde und

b) bei jedem Doctorate auf dem Lande zugleich auch ein kleines Hospital errichtet werde, damit den Aerzten die Möglichkeit geboten würde, in wirksamerer Weise, wie bisher, gegen die Krankheit zu Felde zu ziehen.

Discussion.

Herr Lenz-Sesswegen: «Bevor zu der vom Vortragenden proponirten Trachomenquête geschritten wird, müsste eine Einigung über den Begriff des Trachoms erzielt werden, um die Differential-Diagnose zwischen Trachom, Conjunctivitis follicularis und chronischer Blennorrhoe stellen zu können».

Herr Mercklin schliesst sich Truhart darin an, dass der livl. Aerztetag nicht zu viel auf seine Schultern nehmen solle. So könne die Besorgung einer aufklärenden Literatur über Trachom etc. auch der privaten Initiative der Aerzte überlassen werden. Eine besondere Monatsschrift hierzu zu gründen würde sich kaum empfehlen, da sind die politischen Zeitungen lettischer und estnischer Sprache der richtige Ort hierzu. Hier müssen belehrende Artikel über Trachom, Lepra, Geisteskrankheiten u. s. w. veröffentlicht werden.

Auf Vorschlag des Präses wird die 1. und 3. Proposition Oehrns von der Versammlung abgelehnt, jedoch erklärt sich dieselbe bereit, jede private Bemühung in dieser Richtung ihrerseits unterstützen zu wollen.

Die 2. Proposition wird im Princip angenommen. Die Frage ob es wünschenswerth sei, dass Trachomkranke nicht zum Militärdienst zugelassen würden, wird einstimmig bejaht.

3. Vortrag des Herrn Otto—Dorpat:

«Ueber das perforirende Geschwür der knorpeligen Nasenscheidewand». (Der Vortrag ist in dieser Wochenschrift veröffentlicht).

(Schluss folgt).

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Als Ersatz für Kollodium wird in der Pharmaceut. Zeitg. Nr. 31, 1892 das Kamphoid empfohlen. In einem Gemisch von Kampher und absolutem Alkohol ana 20 g. löst sich leicht 1 g. Pyroxylin, und es bildet sich ein Präparat, das auf die Haut gestrichen elastische und durchsichtige Häute bildet. Das Mittel löst Jodoform im Verhältnisse von 1:10 auf, dabei wird der Geruch von Jodoform durch den Kampher paralysirt. Auch lassen sich Carbolsäure, Salicylsäure, Resorcin, Jod, Chrysarobin und Ichthyol dem Vehikel einverleiben. Das Kamphoid verschreibt man: Kamphor, Alkoh. absol. aa 10,0 Pyroxylin 0,5 solve; das Jodoformkamphoid: Kamphor. Alkoh. absol. aa 10,0 Pyroxylini 0,5, Jodoform 2,0.

— Als vorzügliches Mittel gegen Zahnschmerzen infolge cariöser Zähne empfiehlt der ärztliche Praktiker (Nr. 45) Creosoti, Tinct. Menth. pip., Ol. camphor aa gtt. II, Ol. Caryophyl. gtt. V, Cocaini muriatici 0,15 Chloroform q. s. ad. pastam. Die Zahnhöhle soll damit ausgefüllt werden.

— Semmola (Neapel) empfiehlt gegen die chronische Bleivergiftung, vornehmlich gegen die Bleikoliken und die Lähmungen der Extensoren als Radikalmittel die Anwendung des constanten Stromes.

Deutsche medic. Wochenschrift. Nr. 47.

Vermischtes.

— Der medicinischen Facultät der Dorpater Universität steht wieder ein herber Verlust bevor. Wie die «N. Dörptsche Ztg.» mittheilt, ist der ordentliche Professor der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie, Staatsrath Dr. Richard Thoma, welcher als Nachfolger des verstorbenen Professors Böttcher seit 9 Jahren an der Dorpater Universität docirt, um Entlassung von seinem Amte eingekommen. Die Dorpater medicinische Facultät verliert in ihm eine hervorragend tüchtige wissenschaftliche Kraft und einen academischen Lehrer von bedeutender Begabung.

— Wie wir erfahren, hat der Vorstand der Gesellschaft livländischer Aerzte in seiner letzten Sitzung beschlossen, den V. livländischen Aerztetag, welcher in diesem Jahre bekanntlich in Dorpat tagen wird, am 1., 2. und 3. September abzuhalten.

— Am 25. Februar dieses Jahres begeht der ehemalige Professor der Pharmacie an der medico-chirurgischen Academie und Mitglied des Medicinalraths, Geheimrath Julius Trapp, sein 50jähriges Dienstjubiläum. Die militär medicinische Academie hat ihn aus diesem Anlass zum Ehrenmitgliede der Academie gewählt. In den Staatsdienst trat Prof. Trapp im Jahre 1843 als Laborant der medico-chirurgischen Academie.

— Der Professor der Physiologie an der militär-medicinischen Academie Fürst Tarchan-Mourawow, welcher, wie wir bereits berichtet haben, von der Conferenz zum gelehrten Secretär der Academie an Stelle des Professors Nassilow gewählt wurde, ist in diesem Amte bestätigt worden. Prof. S. Schidlowski (Hygieniker), welcher bei der Wahl des gelehrten Secretärs anfangs die grösste Stimmenzahl erhielt, hat den Posten ausgeschlagen.

— Verstorben: 1) am 29. Januar in Charkow der Oberarzt des dortigen städtischen Alexanderhospitals Dr. Leopold Schultz, gegen 40 Jahre alt, am Typhus. Nach Absolvirung des Cursus an der Universität Charkow i. J. 1873, war derselbe 3 Jahre hindurch Assistent der dortigen chirurgischen Klinik, darauf Militärarzt in der Donauarmee und nach Beendigung des Krieges (1879) Ordinator am Alexanderhospital in Charkow, zu dessen Oberarzt er im October 1890 ernannt wurde. 2) der Kreisarzt von Njeshin W. N. Batalin im 40. Lebensjahre an Pleuritis. Der Hingeschiedene war anfangs Militärarzt, ging aber aus Gesundheitsrücksichten in den Dienst der Neshinschen Landschaft über. In der letzten Zeit war B. Secretär der dortigen medicinischen Gesellschaft. Er hat seine Frau mit drei Kindern ganz mittellos zurückgelassen. 3) Der jüngere Arzt des Tulaschen Regiments Popow. 4) In Kamyschlow (Gouv. Perm) die Aerztin Helene Krotowa-Alexandrowa am Flecktyphus, mit dem sie sich in ihrer Landpraxis inficirt hatte. Ihr Mann, der auch Arzt war, wurde im December 1891 ebenfalls ein Opfer einer Typhusepidemie in Perm. 5) In Chicago der emeritirte Professor am Rush Medical College, Dr. Graham Fitsch.

— Der Professor der Anatomie Dr. Schwalbe in Strassburg ist zum Rector der dortigen Universität für das Studienjahr 1893/94 gewählt worden.

— Als Nachfolger des verstorbenen Wiener Klinikers Kahler wird Prof. Naunyn in Strassburg genannt.

— Am 15. Februar n. St. feierte der Generalarzt a. D. der preussischen Armee, Dr. August v. Wegner, Leibarzt weiland Kaiser Friedrichs, sein 50-jähriges Dienstjubiläum. Dr. Wegner steht gegenwärtig im 73. Lebensjahre.

Prof. Neumann (Wien) ist von der Wiener dermatologischen Gesellschaft zum Präsidenten gewählt worden.

— Der ehemalige Director der internen Klinik in Lyon, Prof. Dr. Charles Chauvet, ist von der französischen Regierung nach Russland, und speciell nach St. Petersburg, Moskau und Kiew, abcommandirt worden, um die Verbreitung, die Ursachen und die Behandlung der Neurasthenie zu studiren.

— Die Stadtduma von Rybinsk hat beschlossen, dem Stadtarzt Julius Smolenski den Dank der Stadt für seinen 25-jährigen tadellosen und nützlichen Dienst zu übermitteln und ihn zum Ehrenbürger der Stadt Rybinsk zu ernennen. Von den Einwohnern der Stadt wird Dr. Smolenski zu Ehren ein Diner veranstaltet und auf privatem Wege durch Subscription ein Kapital zur Stiftung eines Stipendiums auf seinen Namen gesammelt.

— Die Ssemenowsche Landschaft (Gouv. Nishni-Nowgorod) hat beschlossen, dem Stud. med. Tarassow zum Andenken an seinen Bruder, welcher im vorigen Sommer als Sanitar bei der Bekämpfung der Epidemie im Ssemenowschen Kreise ein Opfer des Flecktyphus wurde, ein Stipendium bis zur Absolvirung des Cursus auszusetzen. Der Stipendiat Tarassow war früher Student in Moskau und setzt gegenwärtig seine Studien an der militär-medicinischen Academie fort.

— Als Medicinalinspector von Hamburg ist Dr. Reincke, welcher seit dem Rücktritt des Dr. Krause das Hamburger Medicinalwesen während der Choleraepidemie mit Erfolg stellvertretend leitete, definitiv angestellt worden. Die Leitung des neu zu gründenden hygienischen Instituts in Hamburg wird Dr. Dunbar, einem Schüler Professor R. Koch's übertragen werden.

— Der Director des deutschen Reichsgesundheitsamtes, Geheimrath Köhler, weilt gegenwärtig zur Wiederherstellung seiner Gesundheit in Mentone und wird während seiner Abwesenheit von Prof. Dr. Sell vertreten. (A. m. C.-Ztg.)

— Im Tomskischen Kreise lebt ein Bauer im Alter von 130 Jahren, welcher vor 75 Jahren als Leibeigener von seinem Gutsbesitzer nach Sibirien verschickt wurde. Er ist noch verhältnissmässig recht rüstig und erfreut sich noch eines guten Gedächtnisses.

— In Frankreich existirt ein kleines Dorf Aumone, in welchem von den 40 Einwohnern 28 mehr als 85 Jahre und 3 schon über 100 Jahre alt sein sollen. (Tits-Bits-Wr.)

— Die Influenza ist in Kopenhagen noch immer in Zunahme begriffen. In der letzten Woche sind 417 Fälle mit 5 Todesfällen zur Anzeige gelangt.

— Der vor Kurzem verstorbene Wiener Arzt, Medicinalrath Dr. Alois Altenberger, hat ein Kapital von 50 000 Gulden dazu bestimmt, jungen Aerzten deutscher Nationalität die Mittel zur besseren Ausbildung und Subsistenz beim Beginn ihrer Praxis zu bieten. Ausserdem hat er 6000 Gulden zu einem Stipendium für einen aus Oesterreich gebürtigen und in Wien studirenden Mediciner ausgesetzt.

— Die medicinische Gesellschaft in Francisco hat folgenden Beschluss gefasst: Jedes Mitglied der Gesellschaft, dessen Namen in der Tagespresse mit Hervorhebung seiner professionellen Eigenschaften erscheint, und welches für die Publication keine entschuldbare Erklärung geben kann, wird ausgeschlossen. Es sollen bereits vier Mitglieder in dieser Weise bestraft worden sein.

— Auf Initiative der österreichisch-ungarischen Regierung tritt am 6. März n. St. in Dresden eine internationale Sanitätsconferenz behufs Feststellung von gemeinsamen Massregeln zur Abwehr der Cholera zusammen. Da die meisten europäischen Regierungen in dieser Richtung in ihren Gebieten schon thätig gewesen sind, so handelt es sich hier nur darum, ein gemeinsames Zusammenwirken aller Staaten behufs erfolgreicher Bekämpfung der Cholera zu ermöglichen. An der Conferenz werden nicht allein Aerzte und Hygieniker, sondern auch diplomatische Vertreter der Staaten als Delegirte theilnehmen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 7. Februar d. J. 6276 (131 weniger als in der Vorwoche), darunter 132 Typhus — (7 weniger), 704 Syphilis — (15 weniger), 82 Scharlach — (8 mehr), 10 Diphtherie — (2 weniger), 8 Masern — (2 weniger) und 15 Pockenkranke (3 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Im Olonezschen Kreise ist die Stelle eines Landschaftsarztes erledigt. Gehalt 1200 Rbl. jährlich. Die Meldung wird brieflich oder auf telegraphischem Wege vom Landschaftsamte erbeten.

2) Es wird ein ständiger Hausarzt für's Land gesucht. Gehalt 300 Rbl. bei freier Station. Nähere Auskünfte ertheilt die Generalin Korewa in der Stadt Rossieny (Gouv. Kowno).

Die beiden vacanten Arztstellen im Kreise Nowaja Ladoga (s. Nr. 3 dieser Wochenschr.) sind bereits besetzt.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 31. Januar bis 6. Februar 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
332	272	604	125	37	86	9	10	12	54	55	61	55	41	49	8	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 5, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 5, Masern 5, Scharlach 8, Diphtherie 6, Croup 3, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 28, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 100, Tuberculose anderer Organe 11, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 51, Marasmus senilis 26, Krankheiten des Verdauungscanals 48, Todtgeborene 22.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 16. Februar 1893.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 8. März 1893.

Дозв. ценз. Спб. 12 Февр. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 8 St. Petersburg, 20. Februar (4. März) **1893**

Ueber Skiaskopie.

Vortrag, gehalten am 15 Sept. 1892 auf dem IV livländischen Aerztetage in Wenden.

Von

Dr. med. H. Truhart-Fellin.

Wenn wir der hohen culturhistorischen Bedeutung gedenken, welche dem kleinen physikalischen Instrument, der Brille zukommt, wenn wir erwägen, wie viel scheinbar vollständig verloren gegangener Arbeitskraft der Menschheit durch dieses einfache, optische Hülfsmittel erhalten werden kann und wenn wir anderseits in Betracht ziehen, wie viel nicht nur negativ, sondern auch positiv im Brillentragen gesündigt, wie viel unwiederbringlicher Schaden durch das Tragen nicht passender Augengläser verursacht, mithin durch Verlust an vorhandener Sehschärfe Arbeitskraft der Menschheit wiederum entzogen wird, so leuchtet von selbst ein, wie wichtig die präcise Lösung der rein mathematisch-physikalischen Seite der Frage und von welch grosser praktischer Bedeutung es ist, die denkbar einfachste Methode der Refractionsbestimmung zum Gemeingut aller praktischen Aerzte zu machen.

Eine solche einfache Methode bietet uns aber die durch Cuignet's Entdeckung der Keratoskopie [1]) angeregte, durch Landolt [2]) physikalich erst richtig aufgefasste, durch Parent [3]) 1880 schon dioptrisch verwerthete, durch Leroy [4]) 1887 mit Hülfe der Mathematik in der Theorie vertiefte und von Monoyer [5]) auf breitester Basis erweiterte Skiaskopie oder Schattenprobe: eine Methode, mittelst welcher wir, nur mit dem Augenspiegel und einigen Linsen bewaffnet, je nach der Entfernung des in der Pupille des Patienten zur Erscheinung kommenden Schattenwechsels den Brechzustand des zu untersuchenden Auges in exacter Weise zu bestimmen vermögen.

Um uns ein Urtheil über die Form der Refractionsanomalie und über den Grad der etwa vorhandenen Myopie, Hyperopie oder Astigmatismus zu verschaffen, besitzen wir bekanntlich 2 Wege:

einen subjectiven, bei welchem wir durch einen Ausgleich erstrebendes Abprobiren der betreffenden Convex- resp. Concav-Brillen zum gewünschten Ziel gelangen und

einen objectiven, bei welchem wir mittelst des Augenspiegels ein scharfes Bild des Augenhintergrundes zu gewinnen bestrebt sind und dem entsprechend den Fernpunkt des Auges bestimmen.

Die subjective Methode liefert ja allerdings überaus sichere Resultate, setzt aber bei jeder Einzeluntersuchung das Vorhandensein eines completen Brillenkastens voraus und lässt uns bei Kindern, bei angeborener oder erworbener Amblyopie, endlich — wohl zu beachten — bei Simulanten vollständig im Stich.

Die andere, die objective Methode, bei welcher wir mittelst des Augenspiegels, sei es im umgekehrten, sei es im aufrechten Bilde die Refraction bestimmen, ist zwar vollständig unabhängig von dem Bildungsniveau und den Aussagen des Patienten und liefert überdies nahezu gleich sichere Resultate, wie jene; präsumirt aber ganz abgesehen von anderweitigen, späterhin hervorzuhebenden Schwierigkeiten und Mängeln eine Sicherheit im Ophthalmoskopiren, wie sich eine solche nur durch anhaltende Uebung und Erfahrung und eine genaue Kenntniss der Lehre vom Augenspiegel erwarten lässt. Erfahrungsgemäss accommodirt ja der minder Geübte bei der Untersuchung im aufrechten Bilde meist unwillkürlich für einen möglichst nahen Punkt, also für einen Ort, der diesseits des virtuellen Bildes liegt, während bei der Untersuchung im umgekehrten Bilde der Anfänger sich gewöhnlich für

[1]) Cuignet, Kératoskopie. Recueil d'ophthalm. 1873 p. 14. 1874 p. 239 etc.

[2]) Siehe: Mengin, De la kératoskopie. Recueil d'ophthalm. 1878 p. 122.

[3]) Parent, De la kératoskopie. Recueil d'ophthalm. 1880.

[4]) Leroy: Le phénomène de l'ombre pupillaire. Rev. générale d'ophth. 1887.

[5]) Monoyer: Optométrie scotoscopique. Rev. générale d'ophth. 1887 et 1888.

das Auge des Kranken, statt für das vor dem Auge gelegene Bild des Augenhintergrundes dioptrisch einzustellen pflegt. Die Refractionsbestimmung im umgekehrten Bilde, das sog. Schmidt-Rimpler'sche Verfahren, können wir jedoch hier ganz übergehen, da dasselbe zu schwierig, um Allgemeingut der Aerzte zu werden, und daher auch die Untersuchungsmethode im aufrechten Bilde nirgends zu verdrängen vermocht hat.

Letzteres Verfahren, welches darin besteht, dass der accommodationslose Beobachter aus denkbar nächster Nähe den Augenhintergrund des Patienten durch eine Linse, deren Brechzustand mit dem Fernpunkt des untersuchten Auges zusammenfällt, betrachtet, hat zwar für den Specialisten den unschätzbaren Vorzug, dass zufolge des etwa 14-fach vergrösserten, scharfen Bildes etwaige krankhafte Veränderungen an den einzelnen in's Gesichtsfeld tretenden Theilen des Augenhintergrundes sofort zu Tage treten; schliesst aber doch andererseits in den Fällen, wo es sich lediglich um die Refractionsbestimmung handelt, manche Mängel, ja selbst unüberwindliche Hindernisse in sich:

Zunächst hat die bei der Untersuchung erforderliche Annäherung, dieses fast ganz unmittelbare «vis-à-vis», bei welchem sich Stirn und Stirn von Patient und Arzt nahezu berühren, für das gebildete, speciell für das Damenpublicum immerhin etwas Missliches und ist für den Arzt in Einzelfällen wegen etwaiger Unsauberkeit, Schweiss, Coryza oder gar Ozaena geradezu mit unüberwindlichem Ekel verknüpft.

Fernerhin gelingt es bei Nystagmus oder sonstiger Unruhe des Kranken auch dem geübtesten Augenarzt häufig überhaupt nicht ein Bild des Augenhintergrundes zu gewinnen und wird es bei vorhandenen Trübungen — sei es im Glaskörper, sei es in anderen Theilen des dioptrischen Apparates — sogar unmöglich, die einzelnen Theile des Hintergrundes scharf zu sehen, also unmöglich, dasjenige Zeichen wahrzunehmen, welches für die Feststellung der vorhandenen Refraction das ausschlaggebende ist.

Endlich aber ist in allen Fällen von sehr hochgradiger Ametropie selbst auch nur eine annähernde Bestimmung bei der Untersuchung im aufrechten Bilde unausführbar, da der Fernpunktabstand des Beobachters selbst aus unmittelbarster Nähe immer doch noch eine zu grosse Fehlerquelle in sich birgt, wenn der Fernpunkt des zu untersuchenden Auges sich sehr nahe von diesem letzteren befindet.

In allen diesen gekennzeichneten Ausnahmefällen füllt die Skiaskopie eine Lücke in dem bisherigen augenärztlichen Untersuchungsverfahren aus; sie darf daher als eine wesentliche Bereicherung des diagnostischen Könnens des Ophthalmologen von Fach angesehen werden und ist überdies, als objective Methode, ganz besonders geeignet für den praktischen Arzt, da sie einfach zu handhaben und leicht zu erlernen ist, da sie fernerhin keine besondere Uebung im Gebrauche des Augenspiegels voraussetzt, da sie die Refraction des Untersuchenden unberücksichtigt lässt und endlich, da sie ebenso genaue Resultate, wie die beste andere Methode liefert. Ja, bezüglich Bestimmung des Astigmatismus übertrifft sie, nicht nur was Raschheit, sondern auch was Präcision der Diagnose anlangt, sogar jede andere objective Methode, selbst die complicirteste Ophthalmometrie.

Trotz der relativen Neuheit des Gegenstandes ist es auffallend, dass dieses Untersuchungsverfahren, welches in Frankreich entdeckt, daselbst eine reiche Fachliteratur hervorgerufen hat und nicht nur dort sehr beliebt und verbreitet ist, sondern auch in England und Nordamerika in den letzten beiden Jahren sich schnell Bahn gebrochen hat, in dem übrigen Europa, speciell in Deutschland und Russland auf den Hochschulen immer noch nicht die gebührende praktische Nutzanwendung und, abgesehen von einer einzigen jüngst erschienenen, umfassenden Monographie von Dr. A. Fick[6]) Privatdocenten in Zürich, selbst in den in letzter Zeit zum Druck gelangten Lehrbüchern der Ophthalmologie zwar entsprechend würdige Anerkennung, aber immerhin nur ganz oberflächliche Behandlung findet[7].

Behufs besserer Veranschaulichung dieser neuen Untersuchungsmethode sei es mir gestattet, in Kürze einige die Theorie und das Wesen der Skiaskopie betreffende Gesetze der Dioptrik an der Hand nebenanstehender Zeichnungen (Tafel I, II, III, IV, V und VI)[8]) zu erläutern.

Ad. Tafel I.

Bei der Schattenprobe stellt der Arzt, wie schon hervorgehoben, sich immer nur für die Pupille des zu untersuchenden Auges ein (daher auch nach Landolt der Name «Pupilloskopie» für dieses Untersuchungsverfahren); dementsprechend entsteht auf der Netzhaut des Beobachters ein scharfes, umgekehrtes und verkleinertes Bild der Pupille des untersuchten Auges, siehe Tafel I, Beob. P'p', dessen Grösse und Lage durch die Verbindung von p und P des Untersuchten (Unt.) mit dem Knotenpunkt (K.) und Verlängerung dieser beiden Linien zur Netzhaut von Beob. gegeben ist. Alle aus dem Auge von Unt. austretenden Lichtstrahlen, welche nicht von der Iris des Beob. abgefangen werden, müssen innerhalb jener Kreisfläche P'p' die Netzhaut des Beob. treffen und zwar alle von p. (Unt.) ausgehenden Lichtstrahlen in p' und alle von P ausgehenden Strahlen in P' zur Vereinigung kommen.

Ad Tafel II.

Gesetzt nun den Fall, der Arzt habe einen Myopen vor sich.

Bei letzterem liegt der Einstellungspunkt des Auges bekanntlich nicht wie beim Emmetropen in unendlicher Ferne, sondern — Accommodationsruhe des Patienten, wie immer bei der Untersuchung, vorausgesetzt — genau in der seinem Brechzustande entsprechenden Nähe vor dem Auge. Der Lichtpunkt b der Netzhaut von Un. hätte also im vorliegenden Beispiel seinen Luftbildpunkt in b' und der Beobachter befände sich jenseits dieses Einstellungspunktes. Alsdann finden die vom Luftbildpunkt b' wiederum divergirenden Lichtstrahlen, soweit dieselben die Pupille von Be. treffen und nicht von der Iris abgefangen werden in b'' ihren Vereinigungspunkt und erleuchten die Kreisfläche P'p' der Netzhaut von Be. nur in der Mitte. Das Netzhautbild Be.'s, welcher die Pupille von Un. fixirt, würde mithin in der Flächenansicht einem von einem dunklen Schattenring umgebenen, runden hellen Fleck entsprechen (siehe Tafel II b''') und die Pupille von Un., wie in b'''' dargestellt, in der Mitte hell beleuchtet, in der ringförmigen Umrandung aber schwarz erscheinen.

Wechselt nun aber der Lichtpunkt b den Ort auf der Netzhaut von Un. — und wir sind ja durch Drehungen des Augenspiegels in der Lage den Augenhintergrund beliebig nach den verschiedensten Richtungen hin zu erleuchten — so müssen sich auch dementsprechend der Ort des Luftbildpunkts und das Netzhautbild von Be. ändern, mithin auch die an der Pupille von Un. zur Geltung kommenden Licht- und Schatten-Erscheinungen andere werden.

Der Lichtpunkt b wandere beispielsweise aufwärts und nehme nunmehr auf der Netzhaut von Un. die Stelle von

[6]) Dr. A. Eugen Fick: Die Bestimmung des Brechzustandes eines Auges durch Schattenprobe». Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann. 1891.

[7]) Ich sehe hierbei von einzelnen, zerstreut in ophthalmologischen Fachzeitschriften zur Veröffentlichung gelangten Abhandlungen von Overweg, Schweigger, Königstein Schmidt-Rimpler, Roth u. a. ab.

[8]) Bei den Tafeln II, III und IV haben mir die Zeichnungen von Dr. A. E. Fick (l. c.) zum Vorbild gedient. d. Verf.

a ein; die von a ausgehenden Strahlen kommen, durch die Linse von Un. gebrochen unterhalb b' zur Vereinigung (siehe Tafel II a'). Der von diesem Luftbildpunkt a' ausgehende Strahlenkegel wird zum grossen Theil von Be's Iris abgefangen, nur zum kleineren Theil gelangen die Lichtstrahlen in die Pupille von Be; oberhalb b'' finden dieselben ihre Vereinigung in a'' und erleuchten die Kreisfläche P'p' der Netzhaut von Be. nur an ihrem oberen Segment. Das Netzhautbild, welches Be hierbei empfängt ist in Tafel II a''' als Flächenansicht dargestellt, die Pupille von Un. aber würde zunächst während des Aufwärtswanderns des Lichtpunktes b sich von oben her mit einem Schatten überziehen, und wenn jener bei a angelangt, würde die Pupille von Un. nur an ihrem unteren Abschnitt beleuchtet in der ganzen oberen Ausdehnung dunkelschwarz erscheinen (siehe Tafel II a'''').

In umgekehrter Reihenfolge würde, falls der Lichtpunkt b auf der Netzhaut von Un. abwärts nach c wandert, der Luftbildpunkt oberhalb von b' in c' zu Stande, die theilweise nur die Pupille von Be. passirenden Lichtstrahlen unterhalb b'' in c'' zur Vereinigung kommen, das Netzhautbild von Be. nur im unteren Abschnitt hell (c''') erscheinen: die Pupille von Un. während des Abwärtswanderns sich von unten her mit einem Schatten überziehen und schliesslich Un.'s Pupille nur oben beleuchtet, im ganzen unteren Abschnitt aber dunkelschwarz erscheinen (siehe Tafel II c'''').

Ad Tafel III.

Bei der bisherigen Untersuchung hatte der Beobachter sich jenseits des Einstellungspunktes des kurzsichtigen Auges befunden. Nun träte er aber näher und zwar so nahe an den Patienten heran, dass die von dem erleuchteten Augenhintergrunde des letzteren zurückgeworfenen Lichtstrahlen nicht vor, sondern hinter seinem (d. h. Be's) Auge zur Vereinigung kämen, dieses sich mithin zwischen dem Einstellungspunkt und dem myopischen Auge selbst befände.

Ganz anders müssen sich jetzt den Gesetzen der Dioptrik entsprechend die Verhältnisse bei Erleuchtung des Augenhintergrundes von Un., und zwar im entgegengesetzten Sinne von vorhin, gestalten.

Wie aus den Zeichnungen auf Tafel III ersichtlich, wird nunmehr, wenn der leuchtende Punkt b auf dem Augenhintergrunde von Un. nach oben wandert, die von dem Beobachter fixirte Pupille des Un. sich von unten nach oben mit einem dunklen Schatten überziehen und wenn b bei a angelangt ist, die Pupille von Un. oben hell erleuchtet, in den unterhalb gelegenen Partien aber beschattet, d. h. schwarz erscheinen (siehe Taf. III a'''').

Umgekehrt wird sich die Pupille von Un. von oben her mit einem Schatten beziehen und der untere Abschnitt hell erscheinen, wenn der leuchtende Punkt b sich nach abwärts bewegt (siehe Taf. III c'''').

Wir dürfen es also als eine aus den Gesetzen der Dioptrik resultirende Thatsache ansehen, dass, wenn ein leuchtender Punkt sich auf dem Augenhintergrunde eines myopischen Auges, sei es auf- oder abwärts, sei es nach rechts oder nach links bewegt, für den Beobachter ein Schatten auf der fixirten Pupille des untersuchten Auges zur Erscheinung kommt,

welcher sich in gleicher Richtung, wie der Lichtpunkt auf der Netzhaut fortbewegt, falls des Beobachters Auge zwischen dem Einstellungspunkt und dem untersuchten Auge selbst,

und eine entgegengesetzte Richtung, wie der Lichtpunkt der Netzhaut einschlägt, wenn der Beobachter sich jenseits des Einstellungspunktes des myopischen Auges befindet.

Wie gestalten sich nun die Erscheinungen an der Pupille von Un. wenn der Einstellungspunkt des letzteren genau in die Ebene der Pupille des Beobachters fällt? Hierüber giebt Aufschluss:

Tafel IV.

Wie ersichtlich, hat nicht nur der Lichtpunkt b, sondern auch a und c. seinen Luftbildpunkt in der Pupillenebene des Beobachters (Taf. IV b'; a'; c'.), also nicht nur der Strahlenkegel pb'P, sondern auch die Strahlenkegel pa'P und pc'P fallen noch in das Pupillargebiet von Be.; es muss daher die Kreisfläche der Netzhaut des Beobachters P'p' in allen 3 Fällen beleuchtet sein, wie dieses (siehe a'' b'' und c'') in Flächenansicht gezeichnet ist und die Pupille von Un. wird dementsprechend, es mag nun der Lichtpunkt nach oben bis a oder nach unten bis c wandern, dem Beobachter, ohne dass überhaupt eine Schattenbewegung bemerkbar wird, in seiner ganzen Ausdehnung gleichmässig hell erscheinen (siehe Taf. IV a''', b''' und c'''). Der Lichtpunkt b braucht jetzt aber auch nur um ein denkbar Geringes über c oder a weiter hinab- oder hinaufzurücken, so wäre die Pupille von Un. im selben Augenblick in ihrer ganzen Ausdehnung dunkel; denn der Lichtpunkt d beispielsweise hätte alsdann seinen Luftbildpunkt in d', der Strahlenkegel pd'P würde von Be's Iris als solcher abgefangen, Be's Netzhaut empfängt nicht einen einzigen Lichtstrahl, die Pupille von Un. erscheint daher schwarz (Taf. IV d'').

Solch' ein, aber auch nur solch' ein momentaner Wechsel von vollständigem Dunkel- und vollständigem Hellsein der Pupille des Auges bei minimalster Verschiebung des Spiegels darf mithin als ein charakteristisches Kennzeichen dafür angesehen werden, dass sich unsere Pupillenebene genau im Fernpunkt des untersuchten Auges befindet. In Praxi lässt sich jedoch diese Erscheinung nicht mit solcher minutiös-mathematischen Sicherheit feststellen, wir sind vielmehr bei der Skiaskopie behufs Bestimmung des Fernpunktes darauf angewiesen, die etwa 1 Centimeter betragende Brennstrecke zu fixiren, innerhalb welcher der Einstellungspunkt des untersuchten Auges sich vor oder hinter der Pupille unseres Auges befindet, welcher Unterschied sich, wie wir in Taf. II und Taf. III nachgewiesen haben, durch Umschlagen der Richtung der Schattenbewegung auf der Pupille zu erkennen giebt. Von wesentlicher Bedeutung ist es hierbei natürlich, welche Art Augenspiegel wir zur Erleuchtung des Augenhintergrundes verwenden.

Tafel V soll lediglich den Unterschied veranschaulichen, ob wir zu diesem Zweck den Hohl- oder Planspiegel benutzen. Derselbe kennzeichnet sich, wie durch die betreffenden Zeichnungen dargestellt, durch bei gleicher Spiegeldrehung in entgegengesetztem Sinne zur Erscheinung kommende Schattenbewegung an der Pupille des Untersuchten, was seine einfache Erklärung in dem Zustandekommen eines entweder reellen umgekehrten oder aber virtuellen aufrechten Flammenbildes findet.

Beide Beleuchtungsmethoden sind bei der Skiaskopie gebräuchlich, doch verdient meines Erachtens die Anwendung des Planspiegels zweifelsohne den Vorzug, da abgesehen von der Gleichmässigkeit des Lichtfeldes, welche er bietet, bei dem Ophthalmoskopiren mit dem Planspiegel die hierdurch erzeugten Lichtpunkte auf dem Augenhintergrunde stets und unter allen Umständen — und das ist in praxi bei der Schattenprobe von wesentlicher Bedeutung — in gleichem Sinne, wie die Spiegeldrehungen wandern, während solches bei dem Hohlspiegel nicht unbedingt der Fall zu sein braucht, sondern je nach der relativen Stellung des umgekehrten wirklichen Flammenbildchens vor resp. hinter dem Knotenpunkte des untersuchten Auges die Richtung beider eine gleichsinnige oder aber eine entgegengesetzte sein kann.

Von der Voraussetzung ausgehend, dass wir uns zum Ophthalmoskopiren des Planspiegels bedienen, werden wir mithin:

1) wenn wir bei einer Drehung des Spiegels um seine Achse an der Pupille des Patienten eine der Richtung jener entgegengesetzte Licht- oder Schattenbewegung wahrnehmen mit Sicherheit den Schluss ziehen dürfen, dass der Fernpunkt seines Auges sich vor uns (conf. Tafel II)

2) wenn bei einer Spiegeldrehung eine gleichsinnige Schattenbewegung an der Pupille zur Erscheinung kommt, — dass der Fernpunkt sich hinter unserem Auge (conf. Tafel III) und

3) endlich, wenn wir bei gleichzeitigen Spiegeldrehungen durch probeweises Näher- und Abrücken unseres Kopfes den Punkt -- oder ganz präcise ausgedrückt die Brennstrecke — gefunden haben, in welcher sich das Umschlagen der Richtung der Schattenbewegung zu erkennen giebt, dass sich der Fernpunkt des untersuchten Auges genau in unserem eigenen Auge (conf. Tafel IV). befindet.

Und hieraus ergiebt sich in einfachster Weise Theorie und Praxis dieser neuen Untersuchungsart bei Bestimmung des Brechzustandes eines Auges; denn, wie Ihnen, meine Herren Collegen, ja Allen bekannt, kommt es bei jeder Refractionsbestimmung lediglich darauf an, die Lage des Fernpunkts zu finden. Beim Emmetropen liegt derselbe in der Unendlichkeit, beim Myopen in mehr oder weniger grosser Nähe vor, beim Hypermetropen hinter dem Auge.

Im Fernpunkt des Auges liegt das umgekehrte Bild der Netzhaut: ein Lichtpunkt, resp. ein Schatten der auf dem Augenhintergrunde sich bewegt, macht im umgekehrten Netzhautbilde die umgekehrte Bewegung. Wenn wir beim Skiaskopiren mittelst des Augenspiegels Licht in's Auge des zu Untersuchenden werfen, fixiren wir nur die Pupille und achten lediglich auf den in derselben zur Erscheinung kommenden Wechsel von Licht und von Schatten. Die Richtung der Schattenbewegung giebt uns die Art der vorliegenden Refractionsanomalie, der Abstand unseres Auges, bei welchem wir das Umschlagen der Schattenbewegung in die entgegengesetzte Richtung wahrnehmen, den Grad der Refractionsanomalie oder, mit anderen Worten, in Zollen resp. Dioptrien die Brille an, welche der Patient zur Correctur des anormalen Brechzustandes seines Auges bedarf.

Die praktische Handhabung der Skiaskopie würde sich folgendermaassen gestalten:

Das Zimmer, welches zur Untersuchung benutzt wird, werde mehr wie gewöhnlich verdunkelt, damit eine recht ausgiebige Pupillenweite erzielt werde. Der Patient sitzt, wie immer beim Ophthalmoskopiren, ein wenig vor und seitwärts von der Lichtquelle — der man wennmöglich durch einen Cylinder eine kreisrunde Form verleiht — und sieht, um seine Accommodation zu entspannen, an Ihrem, dem Kopfe des Arztes vorbei in die Ferne. Sie beleuchten nun zunächst 40 Zoll (=1 Meter) vom Patienten entfernt mit einem Planspiegel das Auge und sehen hierbei die Pupille gleichmässig roth aufleuchten. Nun drehen Sie, gleichzeitig die Pupille immer fixirend, den Spiegel langsam ein wenig um seine verticale Axe, z. B. nach rechts und bemerken, dass nicht mehr die ganze Pupille, sondern nur ein Theil derselben roth, der andere schwarz erscheint, indem sich ein Schatten in der Pupille des Patienten von rechts nach links fortbewegt, um bei weiterer Rechtsdrehung des Spiegels immer weiter nach links fortzuschreiten, schliesslich jene ganz zu beschatten.

Der Spiegel wurde nach rechts gedreht, der Schatten bewegte sich nach links, also «gegensinnig»: Sie haben während der Zeit einer Handbewegung das Vorhandensein von Kurzsichtigkeit festgestellt.

Jetzt gehen Sie so nahe an den Patienten heran, dass die Entfernung von Auge zu Auge etwa 6 Zoll (= 15 Centim.) beträgt, wiederholen das Experiment und machen hierbei die Beobachtung, dass der Schatten sich jetzt anders verhält: er wandert in derselben Richtung, wie Sie das Licht wandern lassen, also «gleichsinnig». Indem Sie nun, bei gleichzeitig anhaltender Prüfung des Pupillenschattens, fortwährend den Spiegel nach rechts und links drehend den Kopf vorwärts und rückwärts bewegen, treffen Sie zwischen 6 und 4 Zoll Entfernung vom Auge einen Punkt (resp. Brennstrecke), an welchem angelangt, Sie nicht mit Sicherheit constatiren können, welche Richtung der Schatten hat: in diesem Punkt schlägt eben die «gegensinnige» in die «gleichsinnige» Bewegung um. Mit einem Messband messen Sie nun die Entfernung von Auge zu Auge, finden dieselbe in 10 Zoll (= 25 C.) und haben Myopie $-\frac{1}{10}$ $(= 4$ D$)$ und zugleich die corrigirende Brille bestimmt.

Wo immer Sie nun bei der Skiaskopie einen Schattenwechsel beobachten, können Sie sicher sein, es mit dem Fernpunktabstande des Untersuchten zu thun zu haben. Controllversuche sind Sie ja jederzeit in der Lage bei Personen anzustellen, deren Kurzsichtigkeitsgrad Ihnen von früher bekannt ist. Es eignen sich überdies solche Versuche ganz besonders zur Uebung und zum Selbsterlernen dieser einfachen Methode.

Bei exceptionell hochgradiger Myopie wäre ein directes Herangehen (z. B. auf 2—3 Zoll) nicht gut ausführbar: in solchen Ausnahmefällen corrigire man zunächst einen Theil der Myopie und skiaskopire alsdann. Wir hätten beispielsweise bei einer Annäherung selbst bis auf 4 Zoll vom zu untersuchenden Auge immer noch eine «gegensinnige» Schattenbewegung zur Beobachtung bekommen. Wir corrigiren nun diesen sicher vorhandenen Grad von Myopie, indem wir ein Concavglas $-\frac{1}{4}$ $(= 10$ D$)$ vor das zu untersuchende Auge halten, und finden beim Ophthalmoskopiren nun die Schattenbewegung «gleichsinnig» und den Schattenwechselpunkt in 6 Zoll Entfernung. Welcher Grad von Kurzsichtigkeit liegt vor?

Von der ganzen Myopie war corrigirt $-\frac{1}{4} = 10$ D

noch vorgefunden $-\frac{1}{6} = 6{,}5$ D

es besteht also: $-\left(\frac{1}{4} + \frac{1}{6}\right) = -\frac{1}{2{,}4}$ oder

10 D + 6,5 D = 16,5 D.

Bislang handelte es sich bei unserer Betrachtung um die Untersuchung von Augen, deren Fernpunktabstand diesseits 40 Zoll gelegen war. Aus den zu Tafel III gemachten Erläuterungen wissen wir, dass, falls sich unser Auge zwischen Fernpunkt und dem untersuchten Auge befindet, der Schatten an der Pupille mit der Spiegeldrehung in gleicher Richtung wandert.

Wenn Sie also mit dem Planspiegel auf der angenommenen Entfernung von 40 Zoll das Auge eines Patienten beleuchten und bei einer Spiegeldrehung eine «gleichsinnige» Schattenbewegung wahrnehmen, so wissen Sie, dass sich der gesuchte Fernpunkt hinter Ihrem Auge befindet. Es kann sich alsdann nur um folgende 3 Möglichkeiten handeln:

entweder 1) um Myopie von weniger als $-\frac{1}{40}$ oder 2) um Emmetropie, oder 3) um Hypermetropie.

Behufs Entscheidung dessen verlegen Sie durch entsprechende Convexgläser den Fernpunkt des zu untersuchenden Auges in 8—12 Zoll, d. h. mit anderen Worten, Sie machen den Patienten zeitweilig zum Myopen mittleren Grades, bestimmen nun skiaskopisch zunächst den künstlichen und berechnen dann aus dem gebrauchten Glase den wirklichen Fernpunkt.

Die Zeichnungen auf Tafel VI mögen zur Erläuterung des Gesagten dienen.

Versuchsperson I. Eine Linse $+\frac{1}{12}$ wird vor das zu untersuchende Auge gehalten, hierdurch künstlich Myopie $\frac{1}{12}$ herbeigeführt. Die Schattenbewegung an der Pupille, die ohne Glas «gleichsinnig» war, erweist sich nun bei der gleichen Entfernung des Beobachters von 40 Zoll «gegensinnig», bei Annäherung Be's auf 5 Zoll wird sie wiederum «gleichsinnig» und bei 10 Zoll Entfernung vom Auge finden wir den Schattenwechselpunkt.

$$\left.\begin{array}{l}\text{Auflösung: } \frac{1}{12} - \frac{1}{10} = \frac{5-6}{60} = -\frac{1}{60} \\ \text{oder } 3{,}33\ \text{D} - 4\ \text{D} = -0{,}67\ \text{D}\end{array}\right\}\ \text{Myopie.}$$

Versuchsperson II. Bei dem hier angestellten Experiment finden Sie den Schattenwechsel genau in 12 Zoll.

$$\text{Auflösung: } \frac{1}{12} - \frac{1}{12} = \infty \ \Big\}\ \text{Emmetropie.}$$

Bei Convexglas $\frac{1}{10}$ oder $\frac{1}{8}$ befände sich der Schattenwechsel in 10 resp. 8 Zoll. Mit andern Worten: Finden Sie den Schattenwechsel im Brennpunkt eines dem Auge vorgehaltenen Convexglases, so besteht sicher Emmetropie.

Versuchsperson III. Hier wird beim Vorhalten derselben Convexlinse 12 der Schattenwechselpunkt in 18 Zoll Entfernung vom zu untersuchenden Auge gefunden.

$$\left.\begin{array}{l}\text{Auflösung: } \frac{1}{12} - \frac{1}{18} = \frac{18-12}{216} = +\frac{1}{36} \\ \text{oder } 3{,}33\ \text{D} - 2{,}22\ \text{D} = +1{,}11\ \text{D}\end{array}\right\}\ \text{Hypermetropie.}$$

Ziehen wir nun zum Schluss noch den bisher nicht berücksichtigten Fall in Betracht, dass die Refraction in den verschiedenen Meridianen eine ungleiche wäre.

1) Sie hätten beispielsweise für den horizontalen Meridian Emmetropie festgestellt. Sie prüfen nun auch den verticalen Meridian, indem Sie den Spiegel jetzt um seine horizontale Axe, also nicht von rechts nach links, sondern von oben nach unten und umgekehrt hin- und herdrehen. Sie prüfen auch hier zunächst ohne Glas: es erweist sich die Schattenbewegung nicht wie bei jenem Meridian «gleich»-, sondern von vorneherein «gegensinnig» und der Schattenwechsel liegt in 19 Zoll. Sie haben für den verticalen Meridian Myopie $-\frac{1}{19}$ $(\text{M} = 2\ \text{D})$ für den horizontalen Emmetropie, mithin «einfach myopischen Astigmatismus» = Am 2. D. constatirt und corrigiren denselben durch das entsprechende concavcylindrische Glas mit wagerechter Axe.

2) Oder aber Sie fänden sowohl bei Drehung des Spiegels von rechts nach links, wie auch bei einer solchen von oben nach unten ohne Glas «gleichsinnige» Schattenbewegung und beim Vorsetzen einer Convexlinse z. B. + 8 den Schattenwechselpunkt dort in 16 Zoll, hier in 13 Zoll, so hätten Sie im wagerechten Meridian Hypermetropie $= \frac{1}{8} - \frac{1}{16} = +\frac{1}{16}$ und im senkrechten Hypermetropie $= \frac{1}{8} - \frac{1}{13} = +\frac{1}{20}$, mithin «zusammengesetzt hypermetropischen Astigmatismus» und zwar in Dioptrieen ausgedrückt: H 2.5 + Ah 2 sichergestellt und zugleich das erforderliche Cylinderglas zur Correctur bestimmt.

3) Oder endlich Sie hätten den Schattenwechsel im senkrechten Meridian ohne Glas bei 10 Zoll Entfernung, also Myopie $\frac{1}{10}$ $(= \text{M}\ 4\ \text{D})$, im wagerechten Meridian nach Vorhalten einer Linse + 8 denselben bei 17 Zoll, also Hyperopie $= +\frac{1}{16}$ $(= \text{H}\ 2{,}5\ \text{D})$ gefunden, so haben Sie in kürzester Zeit «gemischten Astigmatismus» diagnosticirt, den Sie durch ein bicylindrisches Glas, dessen Achsen senkrecht aufeinanderstehen, ausgleichen. In Dioptrieen ausgedrückt verschreiben Sie dann das Glas: + 2,5 c [illegible] — 4 c.

Ja in der That, es ist nichts leichter, als skiaskopisch das Vorhandensein von Astigmatismus festzustellen, wenn man einmal gesehen hat, worauf es dabei ankommt. Meist macht er sich schon auf den ersten Blick hin dadurch bemerkbar, dass, wenn Sie nicht zufällig gerade im Hauptmeridian skiaskopiren, der Schatten eine mehr schräge Richtung, also beispielsweise nicht von rechts nach links, sondern von rechts oben nach links unten einschlägt. Fällt Ihnen nun eine solche schräge Richtung des Schattens bei dieser Untersuchungsart auf, so prüfen Sie den Schattenwechsel in den verschiedenen Meridianen und haben dann in kürzester Zeit, ja man kann sagen im Handumdrehen nicht nur die Diagnose und die Correctur für den vorliegenden Astigmatismus sichergestellt, Sie haben gleichzeitig damit objectiv eine Aufgabe gelöst, welche bislang bei den üblichen Untersuchungsverfahren nie erreicht werden konnte; denn mit Recht sagt Fick[9]) in seinem zu Anfang angeführten Werk:

«In der That ist bis jetzt überhaupt noch keine Untersuchungsart im Gebrauch, welche es möglich macht, den dioptrischen Gesammtastigmatismus eines Auges auf objectivem Wege zu messen denn die verschiedenen Keratoskope und das in neuester Zeit so ausserordentlich vervollkommnete Ophthalmometer erlauben es allerdings mit erstaunlicher Genauigkeit den Hornhautastigmatismus, nicht aber auch zugleich den Linsenastigmatismus zu messen u. s. w.».

Meine Herren! In Vorhergehendem bin ich bestrebt gewesen in kurzen Zügen Theorie und Wesen der Skiaskopie auseinanderzusetzen und an der Hand einzelner den verschiedenen Formen der Refractionsanomalien entnommenen Beispielen die praktische Ausführung dieser neuen Untersuchungsmethode klarzulegen. Wenn ich mir auch bewusst bin, bei der Kürze der mir zu Gebote stehenden Zeit manche Seite dieses interessanten Themas vielleicht zu flüchtig berührt, beispielsweise der hochwichtigen keratoskopischen Bedeutung dieses Verfahrens, welche ja erst zur Entwicklung der Schattenprobe im weiteren Sinne Anlass bot, überhaupt kaum Erwähnung gethan zu haben, so gebe ich mich doch immerhin der Hoffnung hin, den Nachweis geliefert zu haben, dass diese Methode der Refractionsbestimmung in ihrer objectiven Präcision den bisher gebräuchlichen nicht nur ebenbürtig an die Seite zu stellen ist, dass sie vielmehr, was Einfachheit ihrer Handhabung und Schnelligkeit der Diagnose nicht nur bei einfacher Myopie und Hypermetropie, sondern auch bei complicirten Fällen von Astigmatismus anlangt, jene sogar zweifelsohne übertrifft.

Dürfen wir mithin die Skiaskopie schon als eine nicht unwesentliche Bereicherung des Untersuchungsverfahrens für den Ophthalmologen von Fach bezeichnen, so füllt sie geradezu eine sich schwer fühlbar machende Lücke im Können des praktischen Arztes aus, der, fern von den grösseren Centren seinem schweren Berufe lebend, nicht in der Lage ist, gleich dem grossstädtischen Collegen seine Patienten einfacherweise an Specialisten abzuschütteln, sondern verpflichtet ist, als Arzt seinen Mann zu stehen, es sei auf welchem Gebiete es wolle.

Den Nichtspecialisten also und unter diesen noch speciell meinen Collegen in den Wehrpflichtscommissionen sei diese neue objective Methode der Refractionsbestimmung warm empfohlen! Mit einem einfachen Planspiegel und einigen Linsen ausgerüstet setzt dieselbe Sie in den Stand, manches dem Wehrpflichtigen gethane Unrecht in Zukunft zu vermeiden, manchen Simulanten aber «in loco et in tempore» zu entlarven.

---

[9]) l. c. pag. 58.

Allgemeingut aber aller praktischen Aerzte zu werden erscheint die Skiaskopie auch wegen des Vorzuges in hervorragender Weise geeignet, dass sie, wie solches ersichtlich, auch ohne besondere Uebung und Erfahrung im Ophthalmoskopiren so überaus leicht selbst zu erlernen ist. Und wem vielleicht jene im Text aufgeführten einfachen Rechenexempel auch noch zu weitläufig erscheinen sollten, der kann sich auch diese geringe Mühe ersparen und sich des sogen. «Skiaskops» bedienen, eines Apparates, welcher, in allerjüngster Zeit von Dr. Roth in Berlin construirt [10]), auf einem mit dem Planspiegel und einer Rosette von Linsen verbundenen Messbande je nach der Entfernung einfach die corrigirende Brille abzulesen gestattet [11]).

Referate.

Michael Grossmann: Weitere experimentelle Beiträge zur Lehre von der Lungenschwellung und Lungenstarrheit. (Zeitschr. für klin. Medicin. Band XX. 1892).

Um den Einfluss der Lungenschwellung und Lungenstarrheit auf die spontane Athmung studiren zu können, hat Verf. sich bemüht, eine verlässliche Methode ausfindig zu machen, welche es ermöglichte, ohne Eröffnung des Thorax, Eingriffe im Herzen vorzunehmen, die zur Stauung des Blutes im linken Vorhofe führen. Hierzu brachte er in den linken Ventrikel durch die Arteria carotis mittelst einer von v. Basch construirten Canüle eine Kautschukblase. Durch das Anfüllen dieser Blase mit Wasser konnte er die Action des linken Ventrikels in beliebig hohem Grade beeinträchtigen, ohne den Ventrikel selbst sonderlich zu schädigen. Den Grad der Beeinträchtigung zeigte ihm das Verhalten des Carotisdruckes an. Der Stand des Zwerchfells diente zur Beurtheilung des Volumens der Lunge, während durch die Grösse der jeweiligen Zwerchfellexcursionen bei der Athmung die Dehnbarkeit resp. Starre der Lunge zum Ausdruck gebracht wurde. Zur Registrirung der Zwerchfellexcursionen bediente Verfasser sich eines von v. Basch nach dem Principe von Rosenthal construirten Phrenographen, welcher jede Inspiration als aufsteigende, jede Exspiration als absteigende Linie auf dem Papier des Kymographion verzeichnete, während die Athmungscurve mit dem höheren oder tieferen Stande des Zwerchfells in toto sank oder stieg.

Nach Obturation des linken Ventrikels durch die ausgedehnte Blase sieht man in Folge der behinderten Füllung und Entleerung des linken Ventrikels den Carotisdruck sinken, zugleich staut sich das Blut in dem linken Vorhofe, in den Lungenvenen und -Capillaren, womit die Bedingung für die Entstehung der Lungenschwellung und Lungenstarrheit gegeben sind. Durch die Athmungscurve wird Beides auch thatsächlich zum Ausdruck gebracht. Das durch die Vergrösserung der Lunge bedingte Hinabrücken des Zwerchfells erkennt man an der Erhebung der Athmungscurve, während die gleichzeitige Verkleinerung der Athmungsexcursionen die verminderte Dehnbarkeit der Lunge veranschaulicht. Durch Obturation des rechten Ventrikels werden genau die entgegengesetzten Verhältnisse hervorgerufen. Zwar sinkt auch hier der Carotisdruck, doch, wie leicht erklärlich, aus ganz anderen Gründen. Während im ersten Falle das Sinken des Arteriendruckes mit einer hochgradigen Blutfüllung der Lunge gepaart ist, haben wir hier ein Sinken des Arteriendruckes bei gleichzeitiger hochgradiger Blutleere der Lungen, durch welche sich die Erscheinungen an der Respirationscurve ohne Weiteres erklären lassen. Die Respirationscurve sinkt nämlich nach der Obturation des rechten Ventrikels unter das Anfangsniveau, während die einzelnen Respirationsschwankungen grösser werden. Die verminderte Füllung der Lunge mit Blut hat eine Volumverkleinerung derselben, eine Art Collaps, zur Folge, das Zwerchfell rückt daher hinauf. Die gleichzeitige Vergrösserung der Athmungsexcursionen ist ohne Zweifel der Ausdruck der grösseren Dehnbarkeit der Lunge. Denn so wie die Lunge bei Füllung ihrer Capillaren unter höherem Drucke von ihrer Dehnbarkeit einbüsst, so wächst dieselbe, wenn die Lungencapillaren nur mit wenig Blut unter geringem Drucke gefüllt sind. Um das rechte Herz blutleer zu machen und so die Blutfüllung der Lunge zu behindern, führte Verf. das Obturationsinstrument durch die Vena jugularis blos bis in den rechten Vorhof und füllte es dort mit Wasser. Beim Ausdehnen der Blase im rechten Ventrikel selbst wird nämlich durch Hinüberdrängen der Herzscheidewand gegen den linken Ventrikel leicht auch der Raum des letzteren beengt und so das Abströmen des Lungenblutes behindert werden, wodurch eventuell dieselben Erscheinungen wie bei der Obturation des linken Ventrikels hervorgerufen werden. Allerdings wird beim Aufblasen des Obturationsinstrumentes im linken Ventrikel ebenfalls eine Raumbeengung des rechten Ventrikels eintreten und müsste man erst durch Aufblasen des linken Vorhofes die höchsten Grade der Lungenschwellung und Lungenstarrheit hervorrufen können, doch ist einerseits dieser Versuch bei uneröffnetem Thorax aus anatomischen Gründen unmöglich, andererseits aber wird das angestrebte Ziel, die Hervorrufung einer Blutstauung in den Lungengefässen, hier trotzdem, wenn auch in geringerem Grade als in dem Falle, wo eine consecutive Raumbeengung des rechten Ventrikels gänzlich vermieden werden könnte, erreicht.

Ueber weitere auf Grundlage dieser Versuchsmethode angestellte Untersuchungen will Verf. in einer bereits zum Abschlusse gebrachten zweiten Arbeit berichten.

H. Büttner.

Michael Grossmann: Ueber den Einfluss der wechselnden Blutfüllung der Lunge auf die Athmung. (Zeitschrift für klinische Medicin. XX. Band. 1892).

Schon durch frühere Versuche hatte Verf. nachgewiesen, dass dem Eindringen der Luft durch die stärkere Füllung der Capillaren der Lungenalveolen ein beträchtlicher Widerstand entgegengesetzt wird. Bei diesen Experimenten, die Verf. an curarisirten Thieren vornahm, war die Kraft unter der die Luft in die Lunge getrieben wurde, eine gleichbleibende, vom Experimentator abhängige (Blasebalg) und konnte daher der Effect derselben einfach an der verschieden starken Ausdehnung der Lunge abgelesen werden. Anders jedoch gestalten sich die Verhältnisse bei der spontanen Athmung. Hier unterliegt die Action der Respirationsmuskeln dem Einflusse der nervösen Athmungscentren, die sowohl durch den Wechsel der Blutcirculation, als durch Einflüsse, die auf dem Wege der Lungennerven sich geltend machen, in verschiedene Erregung gerathen. Wenn beim spontan athmenden Thiere die Widerstände in den Lungen wachsen, so ist zu erwarten, dass mit dem Hindernisse auch die Athmungskräfte wachsen, dass mit der verminderten Luftaufnahme regulatorische Athmungsapparate in höhere Thätigkeit gerathen. Man wird also mit der eintretenden Luftmenge zugleich auch die Grösse der jeweiligen Arbeit messen müssen. Aus dem gegenseitigen Verhältnisse beider Factoren ergiebt sich der Nutzeffect der Athmungsanstrengung und dieser giebt den indirecten Massstab für die Widerstände. Bei den curarisirten Thieren stand der Nutzeffect der künstlichen Athmung im umgekehrten Verhältnisse zum Widerstande, hier handelt es sich darum zu erfahren, ob auch bei spontan athmenden Thieren bei wechselnden Athmungskräften der Nutzeffect derselben zu einer Zeit geringer wird, wo erwiesenermassen die Widerstände in den Lungen grösser werden und umgekehrt. Dieses hat Verf. in nachstehenden Experimenten zu ermitteln gesucht. Als Mass für die Grösse der Athmungsanstrengung benutzte Verf. die intrathoracalen Druckschwankungen bei der Respiration, die er nach der bekannten Methode in der Weise registrirte, dass er in den Oesophagus ein Glasrohr führte und dasselbe mit einem Wassermanometer in Verbindung setzte. Während des Versuches wurde zudem der Zwerchfellstand gemessen. Durch diese gleichzeitig neben einander vorgenommenen Registrirungen wurde festgestellt, ob das Hinab- oder Hinaufrücken des Zwerchfelles auf activem oder passivem Wege erfolgte. Denn jede durch Muskelkräfte bedingte Vergrösserung des Thoraxraumes musste unter Tiefertreten des Zwerchfelles den intrathoracalen Druck herabsetzen, jede durch Blutüberfüllung der Lungen bedingte Vergrösserung dagegen denselben erhöhen. Umgekehrt musste eine durch Muskelaction bewirkte Verkleinerung des Thoraxraumes mit einer Steigerung, eine durch Blutleere der Lungen bewirkte Verkleinerung mit einem Sinken des intrathoracalen Druckes einhergehen. Zur Ermittelung der Arbeitsleistung musste die mit jeder Inspiration in die Lungen tretende Luftmenge gemessen werden, was mittelst eines v. Fleischel'schen Spirometers, der mit einer für die graphische Registrirung dienenden Vorrichtung versehen war, geschah. Durch den Vergleich der Arbeitsanstrengung mit dem thatsächlichen Arbeitseffect, der mit jeder Inspiration aufgenommenen Luftmenge, konnte Verf. den Einfluss der wechselnden Blutfüllung der Lunge auf die Athmung beurtheilen. Zu diesem Zwecke hat Verf. den Zustand der Lungenschwellung und Lungenstarre, sowie den der Lungenverkleinerung und Lungenerschlaffung in der früher angegebenen Weise hervorgerufen. Die Ergebnisse seiner Versuche fasst er in Folgendem kurz zusammen:

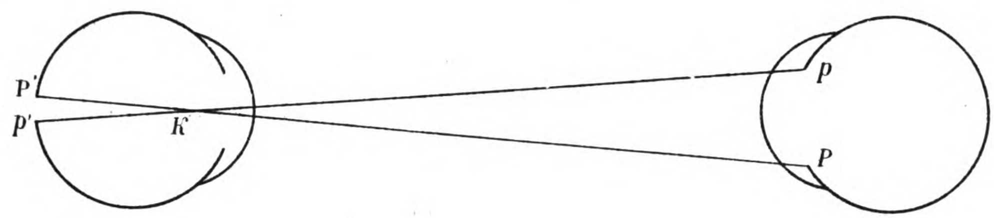
1. «Beim spontan athmenden Thiere entwickelt sich ebenso wie beim curarisirten, also künstlich ventilirten Thiere in Folge

---

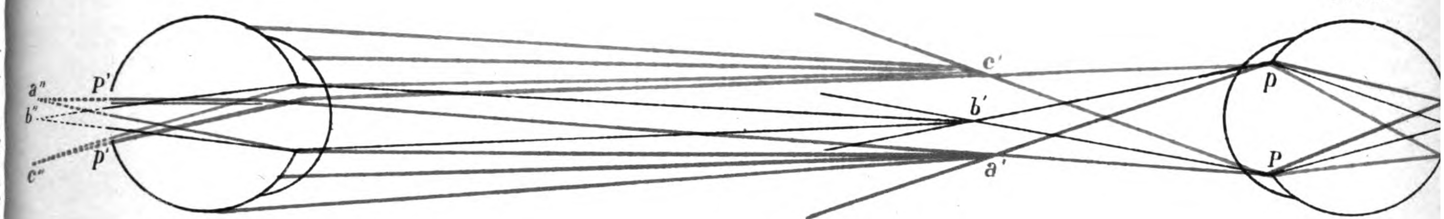
[10]) Dr. A. Roth-Berlin: «Ueber Skiaskopie». Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1891. Heft 8 und 9.

[11]) Das «Skiaskop» von Dr. Roth ist zu beziehen vom Universitäts-Mechaniker und Optiker Emil Sydow. Berlin N. W. Albrechtstrasse 13, und kostet c. 14 Rbl.

Tafel I.



Tafel II.





Beobachter

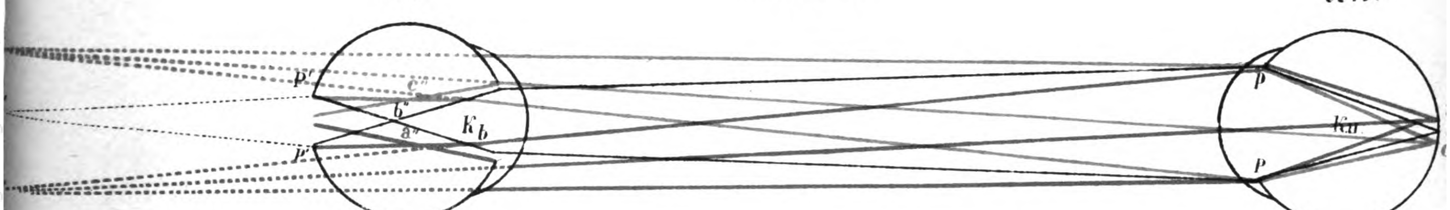
jenseits

des Einstellungspunktes des untersuchten

Auges.



Tafel III.



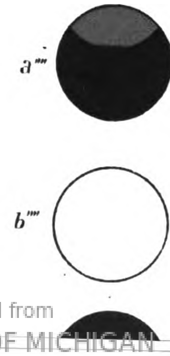


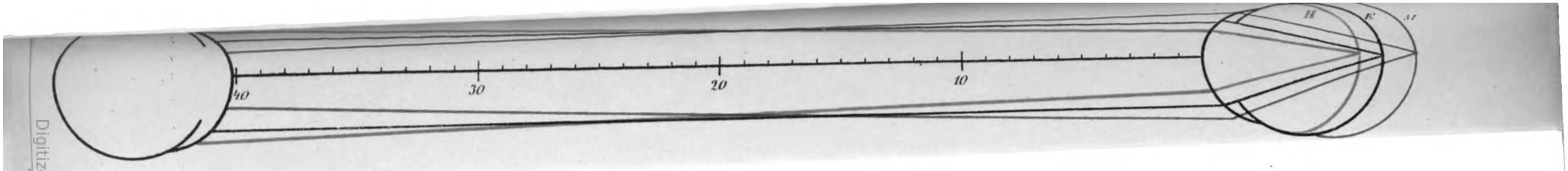
Beobachter

zwischen

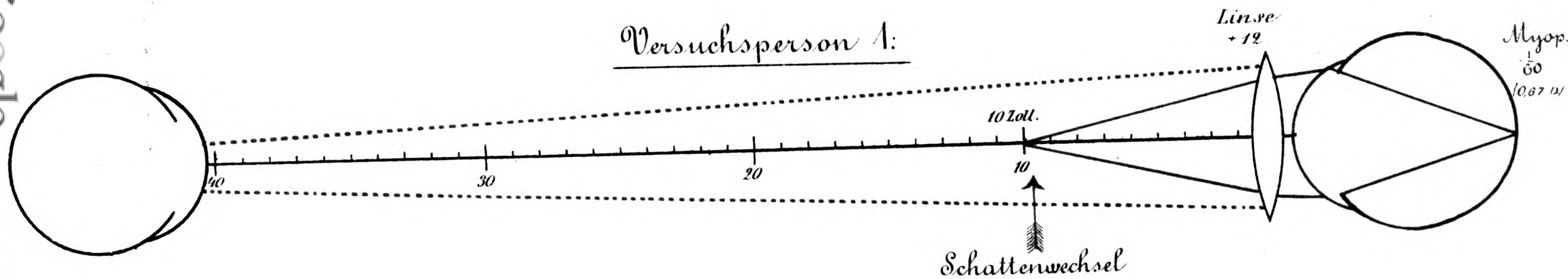
Einstellungspunkt und untersuchtem

Auge.

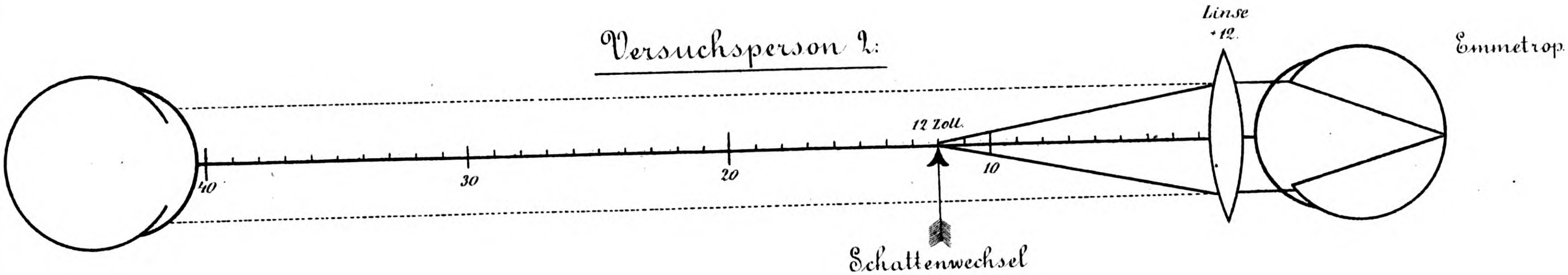




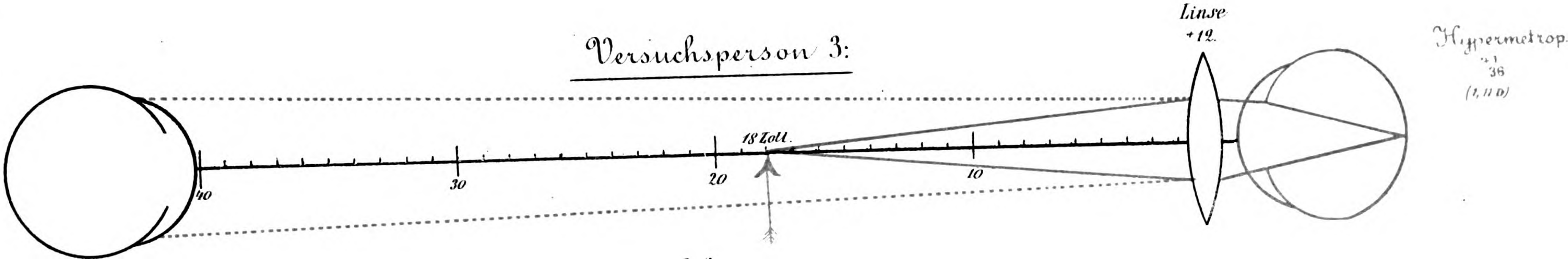
Versuchsperson 1:



Versuchsperson 2:



Versuchsperson 3:



des gehinderten Blutabflusses aus den Lungen, Lungenschwellung und Lungenstarrheit.

2. Die Lungenschwellung führt beim spontan athmenden Thiere zu einer passiven Vergrösserung des Thoraxraumes.

3. Die Lungenstarrheit äussert sich durch eine verminderte Excursionsfähigkeit des Zwerchfells, durch erhöhte (dyspnoische) Athemanstrengung und durch eine Herabsetzung des Nutzeffectes der Athmungsarbeit.

4. Die verminderte Blutzufuhr zur Lunge erzeugt beim spontanathmenden Thiere, in gleicher Weise wie beim curarisirten, Lungenverkleinerung und Lungenerschlaffung.

5. Die Lungenverkleinerung führt zur passiven Verkleinerung des Thoraxraumes.

6. Die Lungenerschlaffung vermehrt die Excursionsfähigkeit der Lunge und bewirkt eine Steigerung des Nutzeffectes der Athmungsarbeit.

7. Bei der Blutstauung in der Lunge geräth das Athmungscentrum in den Zustand der Dyspnoe, bei der Blutleere der Lunge in den der Apnoe». (Im ersten Falle wird das Athmungscentrum durch ein Blut gereizt, welches in den überfüllten Gefässen der starr gewordenen Lunge nur mangelhaft ventilirt wurde, während im zweiten Falle, bei der gesteigerten Excursionsfähigkeit der Lunge, das ohnehin anämische Athmungscentrum von der geringen Menge hochgradig oxydirten Blutes keine Reize empfängt.

Verf. hebt zum Schluss hervor, dass sich aus seiner Arbeit der Begriff der Dyspnoe klarer gestaltet und sich demnach auch schärfer, als dies bisher geschehen ist, definiren lässt. «Als dyspnoisches Athmen dürfen wir nur jenes erklären, bei welchem eine erhöhte Athemanstrengung nicht von einer ihr entsprechenden Luftaufnahme begleitet ist.»

H. Büttner.

R. Bettelheim: Ueber die Störungen der Herzmechanik nach Compression der Arteria coronaria sinistra des Herzens. (Zeitschrift für klin. Medicin. XX. Band, 1892).

B. hat versucht durch Abklemmung des Stammes der Arteria coronaria sinistra des Herzens einen Zustand hervorzurufen, der voraussichtlich dem Krankheitsbilde des embolischen Verschlusses der Coronararterie entspricht, dem aber auch ein durch Entzündung oder Vasoconstriction bewirkter Verschluss derselben ähneln muss. Um sich eine Einsicht in die Aenderung des Herzmechanismus nach diesem Eingriff zu verschaffen, hat B. nach der Abklemmung der Arterie zunächst den Arteriendruck in der Carotis gemessen, zugleich jedoch auch den Druck in beiden Vorhöfen und der Arteria pulmonalis. Nach der Unterbindung trat unmittelbar vor dem Herztode eine bedeutende Pulsverlangsamung ein. Der Blutdruck im Aortengebiete erfährt durch die Compression der linken Coronararterie ausnahmslos eine Senkung. Diese Senkung ist wohl auf eine Schwächung der Herzarbeit zurückzuführen und zwar ist es der linke Ventrikel, der geringere Blutmengen in die Arterien befördert, andere Erklärungen für das Zustandekommen derselben werden von B. in nachstehender Weise ausgeschlossen. Wäre das Sinken des Aortendruckes auf Reizung des Nervus depressor durch die Blutleere der Herzwandung zurückzuführen, so müsste der Druck im linken Vorhofe ebenfalls sinken, da dieses aber nicht eintritt, so wird damit auch eine weitere mögliche Erklärung für das Sinken des Aortendruckes, eine Schwächung des rechten Herzens, unzulässig. Ein gleichzeitiges Erlahmen beider Ventrikel kann durch Messung des Druckes in der Vena jugularis ausgeschlossen werden, dieser zeigt während der durch den Verschluss der Arteria coronaria sinistra bedingten arteriellen Blutsenkung kein Ansteigen, sondern eher ein Sinken. Die gleichzeitige Messung des Druckes in der Carotis und Pulmonalarterie ergab entsprechend dem Verhalten des Druckes in der Vena jugularis gleichfalls keine wesentliche Aenderung. Erst kurz vor Eintritt des Herztodes, wo der Druck im linken Vorhofe schon eine beträchtliche Höhe erreicht hatte und das Abströmen des Blutes aus der Lungenarterie einem erhöhten Widerstande begegnet, hob er sich um ein Geringes. Demnach hält B. es für bewiesen, dass der Verschluss der Arteria coronaria sinistra nur den linken Ventrikel insufficient macht. Hierin ist, wie schon durch frühere, im Laboratorium von Prof. v. Basch entstandene Arbeiten constatirt worden, die Bedingung für die Entstehung von «Lungenschwellung und Lungenstarre» gegeben. Um darüber, ob sich bei Coronararterien-Verschluss in der Lunge in der That «Lungenschwellung und Lungenstarre» entwickelt, etwas Sicheres zu erfahren hat B. die Lungenexcursionen nach Coronararterien-Verschluss graphisch registrirt und fand, dass alsbald nach dem Sinken des arteriellen Druckes die Athmungsexcursionen in toto sich auf ein höheres Niveau erheben und zugleich kleiner werden. Es entsteht hier also ein Zustand, der nach den Versuchen von Grossmann (cfr. unsere Referate) als Vorstadium des Lungenödems anzusehen ist. Das Ausbleiben des Lungenödems, das Cohnheim und v. Schulthess-Reichberg nach Verschluss der Coronaria cordis constatirt haben und das sie aus dem überwiegend häufig gleichzeitig erfolgenden Stillstande der beiden Herzhälften erklären, berechtigt keineswegs zu der Folgerung, dass bei Verschluss der Arteria coronaria sinistra keine Veränderungen in der Lunge auftreten. B. hält es vielmehr nach diesen seinen Versuchen, welche die «Lungenschwellung und Lungenstarre» v. Basch's constatirten, für bewiesen, dass beträchtliche Veränderungen in den Lungen sich ausbilden, denn es kommt im Versuche wohl nicht zum Oedem der Lunge, aber zu dessen Vorstadium. «Die Kenntnisse von der Entwickelung dieses bisher der Beobachtung entgangenen Vorstadium des Lungenödems lehrt uns verstehen, wie bei Embolie und Sclerose der Arteria coronaria cordis oder Ischämie des Herzens, bei Angina pectoris oder Stenocardie hochgradige Dyspnoe auftreten kann, ohne dass schon Lungenödem nachweisbar ist».

H. Büttner.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Kreidmann: Der Nervenkreislauf anatomisch und experimentell nachgewiesen und als aetiologische Grundlage zur Behandlung aller chronischen und acuten Krankheiten des Menschen. Th. I, Abth. I. Hamburg Verlag von Pontt und v. Döhren 1893.

Verf. hat einen Nervenkreislauf entdeckt! Nach einer entwickelungsgeschichtlichen Einleitung, in der man auf neue, aber öfters sehr überraschende Auseinandersetzungen stösst und deren Inhalt von berufener Seite der Nachprüfung bedarf, geht Verf. auf seine neue Theorie näher ein. Zwischen Blutgefässen und Nerven bestehen nach K. analoge Verhältnisse: wie die Blutgefässe einen Kreislauf haben, so bilden auch die Nerven einen Kreislauf unter sich. Die Nervenfibrille «tritt an die Zelle heran, schwillt in ihr zum Zellkern an und tritt aus derselben wieder als Axencylinder heraus». Das herantretende Ende ist motorischer oder centrifugaler, das andere Ende sensibler oder centripetaler Natur. Jede Nervenfaser ist ein feines Capillargefäss, welches mit «Nervenmark oder -plasma» gefüllt ist, vermittelst dieses stellt jeder Nerv ein ernährendes Gefäss für den von ihm versorgten Bezirk dar. Jenseits des Zellenkernes sammelt sich das Nervenplasma, welches venös geworden, um eine centripetale Richtung einzuschlagen.

Der Lehrsatz der Physiologie, es gäbe ein Centrum der Motilität und eines der Sensibilität wird umgestossen; es gibt nur ein gemeinsames Centrum, in welches sich die centripetalen Fasern einsenken, um aus demselben als motorische centrifugale Fasern herauszutreten (umgekehrtes Verhältniss, wie in dem Zellkern). Als Motor für den Nervenkreislauf dient die Herzkraft, die Ranvierschen Schnürringe entsprechen den Klappen im Blutgefässsystem.

Der Sympathicus tritt an die Zellkerne der Schleimhaut der Bauch- und Brustorgane heran und kommt als Wurzelfasern des Vagus heraus. Dieser bezieht einerseits Säfte (Rohstoffe) aus dem Magen-Darmtractus, Leber etc., um sie dem Gehirn zuzuführen, andererseits spielt er die «Rolle des Sammlers: er nimmt das verbrauchte venöse Nervenplasma in sich auf und führt es dem Gehirn zu». Die Gehirnganglienzelle ist neben ihren anderen Functionen auch der «chemische Heerd des Hirn- oder Nervenplasmas».

Aus der langen Zeitdauer des Nervenkreislaufes — ein Molecül Nervenplasma legt den Weg vom Gehirn bis zur Zehe in etwa 12 Monaten zurück — wird die Schlussfolgerung gezogen: «jede chronische Krankheit beruht auf einer Infection des Nervenkreislaufes», ebenso wie jede acute auf einer solchen des Blutkreislaufes beruht. Auf das Gebiet der Pathologie übergehend, heisst es: «die Tuberculose ist nicht eine besondere specifische Krankheit, sondern das Endresultat verschiedenartiger Erkrankungen der Gewebszellen». Die pathogene Bedeutung der Tubercelbacillen wird in Abrede gestellt, diese stellen vielmehr gelockerte lebende Zellmolecüle dar, welche sich in Stäbchenform umlagern!

Verf. ist der Ansicht, dass die Tuberculose, Sarcomatose und Carcinose nur verschiedene Stufen einer und derselben Vergiftung des Nervenkreislaufes sind und dass diese Leiden in einander übergehen oder auch neben einander bestehen können». Der Nervenkreislauf braucht nicht «bis zur Tubercelstufe durchseucht» zu sein, derselbe kann auch auf einer niederen Stufe der Durchseuchung, der Sarcomatose oder Carcinose stehen bleiben. Recidive und Metastasen giebt es nicht: mit der Exstirpation eines Krebsknotens entfernt man eben nur einen kleinen Theil des allgemein erkrankten Nervensystems; wo kranke Nerven vorhanden, da kann sich auch ein neuer Krebsknoten bilden.

Verf. schliesst mit einer neuen Theorie über das Zustandekommen der Erkältung: ein erhöhter thermischer Reiz verursacht eine «chemische Fixation» der Umsetzungsproducte, die Unterbrechung ihrer Umwandlung; die dauernde Berührung des Gewebes mit diesem schädlichen Bestandtheil verursacht

eine Alteration des Zellenlebens und die Schmerzempfindung.

Wir haben uns lediglich referirend zu diesem Werke verhalten, es einer berufeneren Feder überlassend auf Grund wissenschaftlicher Nachprüfung Einwände, an denen es sicher lich nicht fehlen wird, zu erheben.

Theil II soll die Behandlung aller chronischer und acuten Krankheiten enthalten.

Auf die entwickelungsgeschichtlichen Deductionen, die abwehrende Stellung K.'s zur Schutzpockenimpfung, die Lehre von der Disposition gehen wir aus Raummangel nicht ein.

Lingen.

Protokolle der IV. Sitzung des vierten livländischen Aerztetages.

Wenden den 16. Sept. 1892, 3/410 Uhr Vormittags.

(Schluss).

4. Vorlage und Discussion der Anträge, vorgelegt von der vom II. Aerztetage der Gesellschaft livländischer Aerzte niedergesetzten Commission der Hebammenfrage». (Referat v. Stryk—Riga)

Die Versammlung beschliesst, über jeden Punkt der Vorlage gesondert zu discutiren.

P. 1. Bei der Aufnahme in die Hebammenschulen möge das Schülerinnenmaterial eine strengere Sichtung erfahren, sowohl die moralische, als auch die körperliche Qualification betreffend. Die Function der Sinnesorgane, namentlich Gesicht und Gehör wäre zu prüfen, und als Altersgrenze für den Eintritt das 20. und 35. Lebensjahr zu proponiren».

Herr Knorre—Dorpat: Ueber die Moralität können die Hebammenschulen nur durch ein Zeugniss, das die Polizei ausstellt, etwas erfahren. Letzteres ist aber häufig lückenhaft und mangelhaft; daher müssten die Daten hierüber von anderer Seite geliefert werden, etwa von den Aerzten, unter denen die betreffenden Hebammen später zu arbeiten gedenken.

Die untere Altersgrenze ist durch ein Reichsgesetz schon auf 20 Jahre fixirt, mithin ist diese Proposition überflüssig.

Herr v. Stryk: Aus der praktischen Erfahrung ist es den Commissionsgliedern bekannt, dass öffentliche Dirnen nach kurzer Abwesenheit von Riga als geprüfte Hebammen sich niederlassen konnten. Ebenso praktisirten schon vor einigen Jahren Hebammen, die das 20. Lebensjahr noch nicht überschritten hatten.

Herr Sadikoff kann in Betreff der Frage über die Sittlichkeit der Hebammen mittheilen, dass nach dem für Kurland bestehenden Hebammengesetz die Candidatinnen von den betreffenden Gemeinden selbst gewählt werden und dem Kreisarzt vorgestellt werden, welchem auch das Recht zusteht, die Candidatinnen nicht zu acceptiren. Dadurch scheinen alle Bedenken hinfällig zu sein, da die Gemeinde, welche für die Ausbildung der Hebamme zahlt, auch die Candidatinnen, deren gewöhnlich recht viele sind, gewiss genau kennt und sicher die Besten sich aussuchen wird.

Herr Knorre bestätigt auf die Anfrage Katterfeldts, dass die Hebammenschülerin bei ihrer Aufnahme an der Dorpater Klinik ein Zeugniss über ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen, wie speciell über die Leistungsfähigkeit der Augen beizubringen hat.

Der Punkt 1 wird in der Fassung der Commission angenommen.

P. 2. Die Hebammenschulen mögen durch verlängerte Lehrzeit auf gründlichere Ausbildung ihrer Zöglinge namentlich im aseptischen Verfahren und der äusseren Untersuchung hinwirken.

Herr Katterfeldt weist darauf hin, dass die Unterrichtszeit für Landhebammen in Kurland, welche gesetzlich nur 6 Wochen beträgt,ohne dass besondere Verfügungen erlassen seien auf ein Jahr ausgedehnt wird.

P. 2 wird angenommen.

P. 3. Es möge für den estnischen Theil Livlands eine Schule für «Landhebammen» ins Leben gerufen werden, wie eine solche in Kurland besteht.

Herr Kessler erwähnt, dass für den estnischen Theil Livlands in den 70-ger Jahren wiederholt in der Dorpater Universitätsentbindungsanstalt Bäuerinnen durch die Anstaltshebamme ausgebildet worden sind; dieselben sind vom Landvolk so wenig benutzt worden, dass weiterhin keine derartigen Schülerinnen mehr sich eingefunden haben.

Herr Katterfeldt: Im Laufe der beiden letzten Jahrzehnte hat unser Landvolk sich doch wesentlich verändert. Vieles kann jetzt durchgesetzt werden, was früher undenkbar war. In Kurland wird die Mehrzahl der Geburten von Hebammen geleitet und was in Kurland möglich ist, wird sich in Livland auch erreichen lassen.

Herr Vierhuff kann den Ausführungen Katterfeldts nicht beistimmen, und führt entgegengesetzte Erfahrungen an.

P. 3 wird angenommen.

P. 4. In Livland mögen, wie es in Kurland seit längerer Zeit geschieht, die Landgemeinden, resp. Güter verpflichtet werden Landhebammen anzustellen.

Herr Fischer hält es nicht für möglich, dass jede Gemeinde eine Hebamme anstellt, da manche Gemeinden zu arm sind, praktischer wäre es, nach der Einwohnerzahl die Hebammen zu vertheilen, d. h. event. eine Hebamme für mehrere Gemeinden zu wählen.

Herr Katterfeldt: Einige Collegen berufen sich darauf, dass die Hebammen vom Volk nicht benutzt werden. Das Volk muss aber erst an die Hebammen gewöhnt werden. Gewöhnt es sich nicht an sie, so liegt die Schuld meist am Arzt, der nicht müde werden sollte, zu ermahnen und aufzuklären.

Herr Wagner: Der Einwurf, die Hebamme auf dem Lande habe nichts zu thun, ist zurückzuweisen. Der Arzt hat unbedingt die Anwesenheit einer solchen zu verlangen und wird solches gewiss erreichen. Die Stellung derselben muss unabhängig sein, so dass dieselbe nicht auf ihre Praxis angewiesen ist. In Kurland wenden sich jetzt wohl die meisten an die Hebammen und verschwinden die «weisen» Frauen immer mehr, was wohl am meisten den Aerzten zu danken ist, die immer auf die Anwesenheit einer Hebamme dringen.

Herr Fischer: Der Arzt kann im gegebenen Falle nicht erst nach einer Hebamme schicken, sondern muss gleich selbst hin. Die Hebammen klagen viel darüber, dass sie nicht bestehen können.

Herr Sadikoff: Im Talsen'schen Kreise Kurlands waren vor 2 Jahren von 1400 Geburten 720 durch Hebammen empfangen. Aus diesem Resultate geht zur Genüge hervor, dass die Landbevölkerung dazu gebracht werden kann, bei Geburten Hebammen zu brauchen.

Herr Vierhuff: Es ist nicht der Fall, dass überall in Kurland die Mehrzahl der Geburten von geschulten Hebammen geleitet werden; sie werden meist hinzugezogen, wenn sich die Geburt in die Länge zieht. — In Bezug auf den Einfluss der Aerzte ist nicht ausser Acht zu lassen, dass die Aerzte auf dem Lande meist nur in einem geringen Procentsatz der Geburten zu Rathe gezogen werden, daher nur selten darauf dringen können, dass eine Hebamme hinzugezogen wird.

Herr Kessler bittet um Belege für die Existenzmöglichkeit für Landhebammen. Nach dem, was ihm bekannt geworden, sind die Fixa sowohl, als auch die Einnahmen aus der Praxis bisher durchaus ungenügend.

Herr Wagner: In Kurland erhält eine Landhebamme laut Gesetz 50 Rbl. baar, Wohnung und Deputat, also einen ihrer Lebensweise entsprechenden Lohn.

Herr Truhart proponirt den Punkt in folgender Fassung anzunehmen:

«In Livland möge, wie es in Kurland seit langer Zeit geschieht, wenigstens jedes Kirchspiel, nach Möglichkeit jede Gemeinde eine Landhebamme anstellen.

P. 4 wird in dieser Fassung angenommen.

P. 5. An den Hebammenschulen mögen facultative unentgeltliche Repetitionscurse eröffnet werden.

Herr Lenz: Bei einer Betheiligung der Hebamme an einem Repititionscursus muss sie ihre Thätigkeit unterbrechen, was mit vielen Misslichkeiten verbunden ist. Er proponire daher, dass die betreffenden Kirchspielsärzte mit der Abhaltung der Repetitionscurse betraut würden.

Herr Katterfeldt: Wichtig ist die Ausbildung der Hebammen in der Asepsis; diese lässt sich aber nur in guten Hospitälern lernen. Gute Hospitäler existiren aber nicht in jedem Kirchspiel. Ferner gehört zum Unterricht der Hebammen doch auch eine besondere Begabung und Uebung. Diese Eigenschaften lassen sich nicht bei jedem Kirchspielsarzte voraussetzen und es erscheint daher als durchaus zweckmässig hier zu centralisiren und die Repetitionscurse den Hebammenschulen zu überweisen.

P. 5 wird angenommen.

P. 6. Der Verein möge sich bemühen, die der Gründung von Hebammenvereinen entgegenstehenden Hindernisse aus dem Wege zu räumen.

Herr Kessler bittet den Aerztetag sich nach Möglichkeit für das Zustandekommen der für die Fortbildung der Hebammen voraussichtlich ausserordentlich nützlichen Hebammenvereine zu interessiren resp. die Erlaubniss zur Constituirung solcher erwirken zu wollen.

Herr Truhart proponirt folgende Fassung:

«Die Constituirung von Hebammenvereinen ist bei dem vorhandenen Bedürfniss nach solchen zu unterstützen.»

P. 6 wird in dieser Fassung angenommen.

P. 7. Der Aerztetag wolle beschliessen, die in «Prawitelstwenny Westnik» 1887, Nr. 111—113 veröffentlichten «Verhaltungsmaassregeln für Hebammen bei der Beschickung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen» in den vier landes-üblichen Sprachen drucken und an die Hebammen unentgeltlich

vertheilen zu lassen, eventuell dieselben auszugsweise in Form eines Anhanges zu einem im Auftrage der Gesellschaft herauszugebenden Hebammenkalender erscheinen zu lassen.

Nach Verlesung der angeführten Verhaltungsmaassregeln etc. beschliesst die Versammlung, dieselben auszugsweise in einem in vier Sprachen herauszugebenden Hebammenkalender drucken zu lassen.

Herr J. Meyer—Dorpat erbietet sich, die Herausgabe des Hebammenkalenders zu übernehmen.

P. 7 wird angenommen und Herr J. Meyer—Dorpat mit der Herausgabe des Hebammenkalenders betraut.

In Anbetracht der Wichtigkeit der Hebammenfrage beschliesst die Versammlung, einen besonderen motivirten Bericht über die einschlägigen Verhandlungen der Medicinalverwaltung vorzustellen.

Mit der Ausarbeitung dieses Berichtes wird Herr Hach-Riga betraut.

Zum Schluss wird den Gliedern der Commission zur Berathung der Hebammenfrage der Dank der Versammlung für ihre Bemühungen votirt.

5. Vortrag des Herrn F. Krüger-Dorpat: «**Zur Frage über die Ernährung des Säuglings.**

(Der Vortrag ist in dieser Wochenschrift veröffentlicht.)

6. a) Vortrag des Herrn N. v. Stryk-Riga: «**Ueber die Behandlung der normalen Geburt.**»

Durch den immer mehr zunehmenden löblichen Gebrauch, schon vor der Geburt sich ärztliche Hülfe zu sichern, ist dem Geburtshelfer meist die Möglichkeit gegeben, frühzeitig seine Massregeln zu treffen. Beckenmessung, äussere und innere Untersuchung der Schwangeren lassen die Chancen der Geburt abwägen; durch zweckmässige Einrichtung des Kreisszimmers, Beschaffung der erforderlichen Pflegeapparate und der Desinfectionsmittel, sowie die Hautpflege der Schwangeren selbst durch Bäder wird der Erzielung möglichster Asepsis bei der Geburt vorgearbeitet.

Am Kreissbett muss sich immer der Arzt bewusst bleiben, dass er hier die volle Verantwortung trägt, daher strenge Controlle der Hebamme, namentlich in Bezug auf Asepsis, daher auch das Recht, ja die Pflicht, eine ungeeignet scheinende Hebamme durch eine andere zu ersetzen. Zur Beurtheilung des Standes und der Prognose der normalen Geburt genügt vollkommen die äusserliche Untersuchung.

Kehrer gestattet bei physiologischer Geburt eine dreimalige innere Untersuchung, bei syphilitischen Gebärenden kommt er aber ohne jede Exploration aus!

Die gründliche Desinfection der Hände, event. des ganzen Körpers, und der Instrumente des Arztes hat nach den allgemein üblichen Desinfectionsvorschriften zu erfolgen. Derselben Reinigung sind Genitalien und Umgebung derselben bei der Kreissenden zu unterziehen. Im Vaginalsecret hat Winter bei 50 pCt. der Untersuchten Strepto- und Staphylococcen gefunden; die Möglichkeit einer Selbstinfection läge also vor und damit die Nothwendigkeit einer Desinfection, auch der Vagina. In der Praxis verhält es sich aber anders. Der gesunde, in allen Functionen normale Organismus ist als immun gegen die Mikroorganismen zu betrachten, indem er dieselben durch seine Lebensfunctionen tödtet, resp. ihr Eindringen durch den Strom der Se- und Excrete verhindert. Bei den Bemühungen, durch Ausspülung und Ausreibung die Vagina zu desinfeciren, wird die Schleimhaut derselben verletzt, im besten Falle nur des sie schützenden Schleimes beraubt, welcher aber bei der Geburt eine wichtige Aufgabe zu erfüllen hat. Also keine Ausspülung.

Bei einer normalen Geburt hat weder die Hand des Geburtshelfers, noch irgend ein Instrument den Introitus zu überschreiten.

Ueber den Schutz des Dammes ist schon auf dem vorigen Aerztetag berichtet worden.

Für die Nachgeburtsperiode ist nur der Credé'sche Handgriff zu erwähnen, welcher neuerdings von vielen Seiten angegriffen wird. Nur Blutung sollte ein actives Vorgehen rechtfertigen. Damit ist man sicher zu weit gegangen. Ein intermittirendes, sanftes Reiben, ja eine kleine Nachhülfe von den Bauchdecken aus auf dem Höhepunkt der Wehe hat sicher keine schädlichen Folgen.

b) Herr Kessler-Dorpat (als **Correferent**) betont zunächst die praktische Wichtigkeit des in Rede stehenden Themas, unter Hinweis darauf, dass von der richtigen oder falschen Leitung der Geburt, der Wochenbettverlauf direkt abhängig sei; mit letzterem aber stehe es zur Zeit noch schlecht; es sterben immer noch 40—50 mal so viel Mütter im Wochenbett als eigentlich sterben dürften.

Da die wesentliche Ursache der hohen Erkrankungs- und Sterblichkeitsziffer nach Geburten die Infection der von aussen in die Genitalien hineingelangten Mikroorganismen ist, so muss auf die Vermeidung resp. Ausschliessung dieser bei der Leitung der Geburt das Haupt-Augenmerk gerichtet sein. Darüber sind Alle einig. Auf 2 verschiedenen Wegen wird dieses Ziel zu erreichen gesucht.

Von den Einen, durch Unterlassung jeglicher Berührung oder Manipulation an den inneren Genitalien intra et post partum; eine innere Untersuchung dürfe nur auf ganz strict für jede Geburtsperiode aufgestellte Indicationen (detaillirte Aufzählung derselben) hin und dann nur unter peinlichster Asepsis, vorgenommen werden; in der Regel genüge bei gehöriger Uebung die äussere Untersuchung. Dies Verfahren sei in der Praxis durchführbar, die Resultate gut (u. A. Veit-Berlin).

Die Anderen verwerfen eine derartige Beschränkung der inneren Untersuchung und betonen die Nothwendigkeit reichlicher Einübung derselben einerseits, ihre Unschädlichkeit andererseits sobald nur die prophylaktische Desinfection des Genitalcanals in ausreichender Weise vorhergeschickt werde; Hofmeyer hat dabei glänzende Resultate bezüglich des Wochenbettverlaufs erzielt trotz weitestgehender Verwendung seines klinischen Materials zur Einübung der inneren Untersuchung durch Studenten, Hebammen, Examinanden und Feriencursisten (statist. Angaben). Die prophylaktische Desinfection des Genitalcanals entspräche durchaus den allgemein anerkannten chirurgischen Grundsätzen und werde ausserdem in schwierigen und namentlich operativen Fällen von jedem Geburtshelfer in derselben Weise angewandt, wie von ihm vor jeder inneren Untersuchung; warum soll ein Verfahren, welches nach allgemeiner Erfahrung in schweren Fällen Ausgezeichnetes leistet in leichten und einfachen verwerflich sein?! (Hofmeyer-Würzburg).

Welche dieser beiden empfohlenen Methoden sollen wir wählen?

Die zuerst genannte ist die einfachere; erzielt man mit ihr befriedigende Resultate, so kann die Frage nur sein: ist die zweite nothwendig? — — —

Das Scheidensecret Schwangerer und Gebärender enthält immer Mikroorganismen in grosser Menge, pathogene nach Döderlein's Untersuchungen aber nur in ca. 46 pCt. seines klinischen Materials; davon nur in 9,2 pCt. Sepsis erzeugende Streptococcen. 9,2 pCt. riskiren also event. auch bei spontanem Geburtsverlauf auch ohne innerlich untersucht worden zu sein, die schwersten Formen puerperaler Erkrankung (Angabe der verschiedenen Möglichkeiten der «Selbstinfection»). Die übrigen 46 minus 9,2 pCt. mit pathologischem (Staphylococcen- etc. haltigen) Vaginalsecret veranlassten entzündliche Processe von den Wunden des Genitalcanals aus, und nur die 55,3 pCt. mit «normalem Scheidensecret» haben bei Unberührtbleiben der inn. Genit. inter partum die Sicherheit normalen Wochenbettverlaufs. — —

Nimmt man noch dazu, dass das normale und das pathol. Scheidensecret auch schon makroskopisch sich unterscheiden lasse (Charakterisirung beider nach Döderlein), so kann es nur rationell erscheinen, wo letzteres sich findet, stets sofort prophylaktisch zu desinficiren, für die Privatpraxis ist dies indess zu widerrathen; denn erstens werden im Privathaus jene Procentzahlen aus naheliegenden Gründen sich viel günstiger gestalten, als in dem von Döderlein ausschliesslich benutzten Anstaltsmaterial; zweitens ist die Möglichkeit einer Abschwächung der Virulenz der im pathol. Secret enthaltenen pathogenen Keime, durch welche letztere sehr an Gefährlichkeit für die resp. Gebärenden verlieren, zu Gunsten des exspectativen Verhaltens mit in Rechnung zu ziehen; drittens wird im Privathause in vielen Fällen die exacte Durchführung und die erforderl. öftere Wiederholung der Desinfection auf unüberwindliche Schwierigkeiten stossen. (Döderlein).

Daraus ergiebt sich als Regel für die Leitung der normalen resp. spontan verlaufenden Geburt in der Privatpraxis: prophylaktische Desinfection (aber auch diese dann ganz exact und energisch) nur bei sicher als pathologisch erkanntem Scheidensecret, namentlich wenn ein protrahirterer Geburtsverlauf zu erwarten steht; in allen anderen Fällen möglichste Unterlassung jeder vaginalen Manipulation resp. inneren Untersuchung.

Mit letzterem Verfahren werden die Aerzte auch den Hebammen das in dieser Beziehung so nothwendige gute Beispiel und Vorbild geben. (Autorreferat.)

c. Herr J. Meyer (als **Correferent**): kann sich den alle wichtigen Punkte der Frage berührenden Ausführungen seiner Vorredner in vollem Umfange anschliessen und hat nicht viel zu denselben hinzuzufügen. Er weist darauf hin, dass der Aerztetag durch Behandlung der Hebammenfrage sein Interesse dem wichtigsten, die Therapie der normalen Geburt betreffenden Gegenstand bereits zugewandt hat. Die soeben acceptirten Anträge der Commission wären geeignet eine Verbesserung des Hebammenstandes herbeizuführen, und namentlich die Begründung einer estnischen Hebammenschule wäre von durchschlagender praktischer Bedeutung.

Redner halte es für seine Pflicht, an diesem Orte darauf hinzuweisen, dass in erster Linie von den Aerzten und deren Verhalten den Hebammen gegenüber die Leistungsfähigkeit letzterer abhängig sei. Wenn die Hebamme nichts leiste, so schlage der Arzt sich an die Brust, und suche nicht nur durch gutes Beispiel, sondern auch durch Belehrung und Aufmun-

terung namentlich die Handhabung der Antiseptik in den Händen der Hebammen auf ein besseres Niveau zu heben. So werde am erfolgreichsten für die Prophylaxe der Wochenbetterkrankungen gesorgt!

Meyer formulirt seinen Standpunkt in der viel umstrittenen Frage über Zulässigkeit der inneren Untersuchung folgendermaassen. In der Stadt, wo der Arzt stets zu erreichen ist oder gar selbst die Geburt leitet, soll die innere Untersuchung den Hebammen nur auf die vom Vorredner gezeigten Indicationen hin gestattet werden.

Auf dem flachen Lande jedoch soll die Hebamme, um rechtzeitig zu einem möglichst sicheren Untersuchungsresultate zu kommen, die innere Untersuchung unter allen Cautelen nur einmal, aber gründlich ausführen.

Eine Desinfection der Vagina. wie Steffeck sie empfahl, in der Praxis durchzuführen ist nicht zu empfehlen, weil die Technik der Desinfection keine ganz einfache ist und nur von geübten Händen zweckentsprechend ausgeführt werden kann. Ebenso ist das Rasiren der Pubes, so nothwendig es wäre für aseptische Leitung der Geburt und für die Aseptik des Wochenbettes, heute aus Achtung vor dem Schamgefühl noch nicht durchzuführen.

Redner erinnert ferner daran, dass die an kreissenden narkotisirten Frauen ausgeführten Druckmessungen eine directe Herabsetzung der Energie der Wehen durch die Chloroformnarkose beweisen, somit dieses Mittel bei der normalen Geburt nur angewandt werden darf, sobald in einer Verzögerung der Geburt absolut keine Gefahr zu sehen sei. — Die Hypnose sei in der Praxis kaum durchzuführen, schon wegen der Nothwendigkeit, vorher durch eine Reihe von Sitzungen den genügenden Grad der Hypnose erzielen zu können.

(Autorreferat).

7) Der Präses theilt der Versammlung mit, dass die constituirende Generalversammlung der «Pensionskasse für Wittwen und minderjährige Waisen des livländischen Gouvernements» nicht stattfinden könne, da sich statt der vom Statut verlangten 100 nur ca. 30 Mitglieder gemeldet hätten.

Er proponirt daher um das Zustandekommen der Kasse zu ermöglichen, gehörigen Orts um eine Aenderung des Statuts in dem Sinne nachzusuchen, dass auch in anderen Gouvernements ansässige Aerzte beitreten können.

Die Proposition wird angenommen und die Ausführung derselben dem Vorstande übertragen.

8. Vortrag des Herrn J. Meyer-Dorpat.

«Thure Brandt und seine Methode».

Vortragender motivirt die Wahl des Themas mit der hohen praktischen Bedeutung, welche die conservirende Methode Brandts gegenüber der praevalirenden operativen Richtung der modernen Gynaekologie beansprucht. Nach kurzem Bericht über die dauernden, gewichtigen Eindrücke, welche Vortragender in Schweden gewonnen, führt letzterer aus wie Thure-Brandt, ermuthigt durch den glänzenden Erfolg einer bei Mastdarmvorfall ausgeführten Mastdarmhebung zunächst durch Uterushebungen Prolapse und andere Deviationen des Uterus behandelte, darauf zur Beseitigung die Reposition hindernder Adhaesionen durch Dehnungen schritt; wie später «Zitterdrückungen» bei entzündlichen Schwellungen hinzukamen, welche schliesslich bimanuell ausgeführt zur eigentlichen Massage, kleinen Zirkelreibungen führten. So wurde von Brandt im Laufe der Jahre dank seiner scharfen Beobachtungsgabe und meisterhaften Dexterität ein abgerundetes System einer aus Massage und Gymnastik bestehenden gynaekologischen Therapie geschaffen. Er fand jedoch wenig Beifall bei seinen Landsleuten bis er sich endlich 1886 überreden liess nach Jena zu gehen, wo B. S. Schultze die Methode prüfte und anerkannte. Seither hat sich die Zahl der Freunde der Methode von Jahr zu Jahr vermehrt.

Vortragender musste bei seinen Fällen aus Zeitmangel die Gymnastik vernachlässigen. Nur bei 6 Fällen von Amenorrhoe wandte er an: 1) Fussbeugen- und Strecken, 2) Unterschenkelbeugen, beides als Widerstandsbewegungen: 3) Oberschenkelrollen, 4) Rumpfrollen, 5) Lendenhackung und Kreuzklopfung. Der in keinem Falle ausbleibende Erfolg ist der beste Beweis für die thatsächlich vorhandene, von vielen Seiten angestrittene Wirksamkeit der gymnastischen Proceduren.

Hierauf werden 8 mit unbefriedigendem Resultat behandelte Fälle aufgezählt. 1) Ein Fall von Prolapsus vag. ant. wurde lange erfolglos mit Hebungen behandelt. Die später sehr ausgiebig ausgeführte tadellos gelungene Operation hat auch nicht vor dem Recidiviren geschützt. Brandt selbst hält diese Fälle für wenig dankbar. 2) Eine acute Parametritis, im Anschluss an die intrauterine Therapie einer gonorrhoischen Endometritis entstanden, reagirte auf die erste Massagesitzung mit Fieber, so dass die Therapie nicht durchgeführt werden konnte. 3) Eine chron. Metritis bei einer hochgradig nervösen Patientin wurde erfolglos behandelt. Bei den Beschwerden der Frau spielte jedoch die gynaekol. Affection wohl nur eine secundäre Rolle. 4) Eine chron. Parametritis bot wegen Fettreichthum der Bauchdecken zu grosse technische Schwierigkeiten für die Therapie. 5) In einem Falle von chron. Parametritis wurde nur vorübergehend Besserung der subjectiven Beschwerden erzielt trotz der Besserung des palpatorischen Befundes. 6) die Massage einer chron. Oophoritis bei einer Hysterica blieb ganz resultatlos. 7) ein Fall von chron. hochgradiger Metritis mit Retroversio bei einer von Brandt selbst lange mit nicht ganz befriedigendem Resultat behandelten Dame blieb unverändert. 8) In einem Fall von chronischem Beckenexsudat wurde aus Furcht vor möglicherweise vorhandenem Eiter trotz der rasch erzielten objectiven und subjectiven Besserung Abstand genommen von der Fortsetzung der Massage.

In 9 Fällen wurden günstige Erfolge verzeichnet:

9. In einem Fall von fixirter Retroversio wurde (in 29 Sitzungen) gute Lage im Pessar und subjectives Wohlbefinden erreicht. 10) Bei einer chron. Perimetritis mit Hyperaesthesie wurden in 28 Sitzungen die Beschwerden beseitigt. 11) Eine Retroversio uteri mit beiderseitiger Perimetritis wurde nach 35 Sitzungen mit Hülfe eines Pessars corrigirt unter Nachlass der ausserordentlichen Empfindlichkeit, welche vorher jeder Behandlung trotzte. 12) Ein sehr grosses linksseitiges und kleineres rechtsseitiges Exudat wird in 71 Sitzungen bis auf kaum nachweisbare Reste zum Schwinden gebracht; 13) Eine durch vielfache Fixationen complicirte Retroversio mit Attaquen peritonealer Reizung und hochgradiger Empfindlichkeit wird in 31 Sitzungen ausgeglichen, (Pessar), die Beschwerden gehoben. 14) Eine Retroversio mit linksseitigem perimetritischen Process ist in acht Sitzungen beseitigt. 15) Eine Perimetritis wird in 17 Sitzungen völlig schmerzfrei; 16) Ein retrofixirter Uterus mit Schmerzhaftigkeit der Ligg. lata wird in 20 Sitzungen mobilisirt. 17) Eine Retroversio uteri mit linksseitigem, frischen, aus einem Wochenbett herstammenden perimetritischen Process wird in 30 Sitzungen beseitigt.

Vortragender zieht aus der Summe dieser Fälle den Schluss, dass die Therapie meistens zu kurze Zeit geübt worden, so dass der Erfolg vielleicht nicht auf die Dauer garantirt erscheint. Bei der Ausführung der Dehnungen namentlich mag der Mangel an Geschicklichkeit den guten Erfolg beeinträchtigt haben. Die Misserfolge dürften daher nicht der Methode selbst, sondern ihrer zu kurze Zeit hindurch und nicht fehlerfrei durchgeführten Ausübung zur Last gelegt werden. Fast alle Fälle wären für jede andere Therapie schwierige Objecte gewesen; zum Theil (Nr. 3, 6, 7 und 8) waren dieselben als ungeeignet für diese Behandlung zu bezeichnen.

Die Ausführung der Methode ist leider schwierig und stellt an die Ausdauer von Patienten und Arzt aussergewöhnliche Ansprüche. Die Ausführung der Gymnastik selbst scheitert am Mangel tüchtiger, gründlich ausgebildeter Gymnastinnen; auch die vielfach aufs lebhafteste angefochtenen «Lyftungen» können ohne Hülfe einer solchen kaum geübt werden.

Doch auch nach Brandts eigener Ansicht liegt in der Massage, verbunden mit Dehnungen, der Schwerpunkt der Methode. — —

Als absolute Contraindication betont Vortragender jegliche Neubildung sowie das Vorhandensein von Eiterherden Katarrhalische Affectionen sowie Menstruationsanomalien können durch gymnastische Proceduren günstig beeinflusst werden. Selten bieten chron. Oophoritiden bei dieser Methode günstige Chancen. Ihre schönsten Triumphe feiert dieselbe bei Blutergüssen, Exsudaten, Para- und Perimetritiden und deren Folgezuständen, den Adhaesionen und Verlagerungen der Organe im kleinen Becken, endlich bei Erschlaffungen der muskulösen und bindegewebigen Stützapparate. Dem Beispiele B. S. Schultze's folgend glaubt Vortragender mit grossem Vortheil die Pessar-Therapie mit der Brandt'schen Methode in geeigneten Fällen combiniren zu dürfen.

Vorsicht ist natürlich unerlässlich! Brandt sagt, er habe niemals durch Massage geschadet; damit ist bewiesen, dass bei genügender Vorsicht die Methode nicht mehr, sondern weniger Gefahren bietet, als beispielsweise jede intra-uterine Therapie.

Vortragender schliesst mit dem Wunsche, dass Brandts Methode bald die gebührende Verbreitung finden und allerorts vielen siechen Frauen zu Gesundheit und Arbeitsfähigkeit verhelfen möge. (Autorreferat.)

Discussion:

Herr v. Rosen-Neuenhof: Thure Brandt verbindet stets die active und passive Gymnastik mit der Massage; manche Misserfolge der Methode sind darauf zurückzuführen, dass die Gymnastik fortgelassen wird.

Herr Meyer stellt die Anführungen des Vorredners dahin zurecht, dass Brandt die Gymnastik wol für keinen integrirenden Bestandtheil der Methode in jedem Falle halte, dieselbe jedoch wegen der günstigen Beeinflussung des Allgemeinbefindens aufs Wärmste empfehle.

Herr Hach macht auf die Gefahren bei der Massage mancher Exsudate aufmerksam, deren event. eitrige Natur nicht sicher diagnosticirt werden kann.

Herr Meyer: Brandt gestattet vorsichtige Massage auch bei noch nicht genau gestellter Diagnose, weil dieselbe beim

Massiren bald gesichert wird. Er räumt ein, in Zukunft von der Massage ähnlicher Fälle, wie der 2. von ihm angeführte, Abstand nehmen zu wollen.

Herr v. Samson-Reval: Brandt macht die Vornahme resp. Fortsetzung der Massage bei entzündlichen Processen der Sexualorgane davon abhängig, ob Fieber eintritt oder nicht. Erst wenn die Exacerbation geschwunden ist, setzt er sein Verfahren fort.

Die Gymnastik sieht Brandt nicht als durchaus integrirenden Bestandtheil seiner Methode, sondern nur als secundäres Unterstützungsmittel derselben an.

Als berufene Vertreter seiner Methode sieht er nur studirte Aerzte an, und acceptirt nur solche als Schüler.

Herr v. Rosen fragt an, ob nur Carcinom und Abscess als Contraindication aufzufassen sind.

Herr Meyer: Er habe die Contraindication in diesem Sinne fixirt, wenn er sagt «bei jeder Neubildung darf nicht massirt werden». Praktisch wäre ein Tubarsack einer Neubildung gleichzustellen.

9. Die Anfrage des Präses (cf. § 23 des Statuts) über etwa gewünschte Abänderung der Statuten wird von der Versammlung einstimmig verneint.

10. Nach einigen Abschiedsworten des Präses erklärt Kreisarzt Dr. Gaehtgens den IV. livländischen Aerztetag für geschlossen.

Auszüge aus den Protokollen der Medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 4. November 1892.

Herr Hartge hält seinen angekündigten Vortrag: «Zur Therapie der Herzkrankheiten».

Ausgehend von einer Arbeit Beneke's über die günstige Behandlung chronischer Herzkrankheiten mit Nauheimer Soolbädern giebt Vortragender ein Referat über den gegenwärtigen Stand der balneologisch-gymnastisch-diaetetischen Behandlungsmethoden der chronischen Herzkrankheiten. Die Hauptrepräsentanten dieser Therapie sind die Methoden der Gebrüder Schott in Nauheim, die von Zander in Schweden und das Oertel'sche Verfahren. Diese drei Methoden werden eingehend geschildert, das pro und contra nach allen Richtungen hin erwägt. Ueber alle drei sind zur Zeit genügend Erfahrungen gesammelt, um ihren Werth beurtheilen zu können, auch herrscht jetzt ziemliche Klarheit, wann das eine oder andere Verfahren indicirt ist. Für die Bade- wie gymnastische Behandlung nach Schott bieten zwei Krankheitsformen Contraindicationen, 1) Aneurysma des Herzens und der Aorta. 2) Hochgradige Arteriosklerose. Dasselbe gilt für die Maschinengymnastik nach Zander, während Lichtheim die Oertelcur indicirt hält 1) bei chronischen Herzkrankheiten, deren Genese auf Unregelmässigkeiten und mangelhafte Körperbewegung zurückzuführen ist. 2) als Unterstützungsmittel der medicamentösen Behandlung des Hydrops, 3) zur Erhaltung der Compensation. Alle die drei Methoden bedeuten einen grossen Fortschritt in der Behandlung der chronischen Herzkrankheiten. Weniger günstige Resultate weisen die Elektrotherapie und die Behandlung in der pneumatischen Kammer auf. In Betreff der Suggestionstherapie liegen noch keinerlei exacte Beobachtungen vor.

Sitzung am 18. November 1892.

I. Herr von Zoege-Manteuffel demonstrirt an zwei Fällen von Coxitis tuberculosa die von ihm bei diesem Leiden in Anwendung gezogenen Behandlungsmethoden. Er bediene sich zur Extension bei Kindern eines Strumpfes, der mit einer aus einem Bindenstreifen hergestellten Schleife benäht sei und die Stelle der Heftpflasteransa vertrete. Wenn der Strumpf gut sitze und mit einer Binde exact fixirt werde, liege die Extension ohne Beschwerde zu verursachen 8 bis 10 Tage, ja oft noch viel länger. Das Wechseln sei sehr einfach, die Binde werde entfernt, der Strumpf abgezogen und das Kind könne gebadet, gereinigt werden etc. Das Alles könne ein intelligenter Laie sehr gut lernen und schädige der Verband die Haut weniger als Heftpflaster. Faltungen des Strumpfs hätte Redner nur bei Erwachsenen oder grober Unachtsamkeit beobachtet. Wenn die Kranken aufstehen können, was nach Resection etwa nach 4, bei conservativer Behandlung nach 8 Wochen möglich sei, gebe Redner eine Wolf'sche Schiene und lasse sie 1—1½ Jahre tragen. Der Apparat, der aus einem stählernen Beckengurt mit 2 gepolsterten Sitzriemen sowie einem seitlichen unten mit Bügel versehenen Holzstabe bestehe (Demonstration) zeichne sich durch seine Einfachheit, Leichtigkeit und Billigkeit vor allen anderen Tutoren vortheilhaft aus, so dass Vortragender sich seit Jahren ausschliesslich dieses Tutors bediene. Anfangs werde das Bein durch Binden an den Stab befestigt. Später genüge eine schmale Hülse am Unterschenkel und gebe dann soviel Spielraum, dass das Knie trotz der steifen Stütze beim Gehen etwas gebeugt werde. In Bezug auf die Wahl der Behandlungsmethoden stehe Vortragender seit Jahren auf demselben Standpunkt, den König auf dem jüngsten Chirurg. Congress betont hat. Der Stolz über die Leistungen operativer Technik habe die conservativen Leistungen ganz in Vergessenheit gebracht und glaube Redner einen Theil jener Erfolge, die noch jüngst dem Jodoform und anderen Injectionsmitteln nachgerühmt wurden, eben auf die dabei geübte rationelle Immobilisirung zurückführen zu dürfen. In ganz frischen Fällen liessen sich sehr wol vorsichtige passive Bewegungen einschalten, wodurch nach Vernarbung des zu supponirenden Herdes functionelle Resultate erreicht werden, wie bei keiner andern Methode. Die Function sei vollkommen normal, wie der vorstehende Fall zeige (Demonstration). Wenn die Gelenkflächen selbst schon erkrankt sind, Rauhigkeiten besitzen etc., käme es allerdings zu erheblichen Bewegungseinschränkungen. Hier liege denn auch bald die Grenze für die conservative Therapie und seien alle schwereren Fälle der Resection zuzuweisen. Auch da liessen sich ja wie genugsam bekannt, vorzügliche Resultate bei Kindern aufzählen, doch käme es stets darauf an, die Nachbehandlung im Tutor möglichst auszudehnen. Dieses sei bei Ungebildeten schwer durchzuführen; sie werfen schon einige Wochen post operationem den Apparat fort und dann zeige sich meist bald ein Recidiv. Bei solchen Leuten sei die conservative Behandlung vollends schon ihrer längeren Dauer wegen meist nicht durchzuführen. Es sei somit die conservative Extensionsbehandlung namentlich für die intelligenten Classen zu reserviren, die früh auf das Leiden aufmerksam werden und Geduld für ihre Durchführung besitzen. Hier leiste sie aber auch Vorzügliches.

II. Herr Robert Koch hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Magenblutungen in der Gravidität.

(Der Vortrag wird in der St. Petersb. med. Wochenschrift publicirt).

III. Nachdem der Praeses einen Ueberblick über die Thätigkeit der medicinischen Gesellschaft im verflossenen Gesellschaftsjahr gegeben, nachdem der Cassaführer den Rechenschaftsbericht über die Casse verlesen, wird das Präsidium wieder gewählt: Präses: Dr. Kessler, Cassaführer: Dr. J. Meyer, Secretair: Dr. Robert Koch.

z. Z. Secretair: Robert Koch.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— In der «Pharmaceutischen Zeitschrift für Russland» Nr. 4, 1893 findet sich eine Mittheilung des bekannten Mag. J. Martenson über Malzextracte und Malzextractbier. Die Aufgabe, ein schmackhaftes tadelloses Malzpräparat herzustellen, ist bisher nicht befriedigend gelöst worden, was im Hinblick auf die diätetische Bedeutung des Malzes für schwächliche Personen und Reconvalescenten zu bedauern ist. Martenson hat ein Malzextractbier der hiesigen Brauerei Gambrinus (cf. den Annoncentheil dieser Wochenschrift 1892, Nr. 51 und 52) untersucht und empfiehlt dasselbe auf Grund der erhaltenen Resultate. Ueber die Zusammensetzung theilt er Folgendes mit:

Spec. Gew. 1,0925	
Extractgehalt, berechnet	23 pCt.
» durch Wägung gefunden	21,7 »
Alcoholgehalt	3,89 »
Kohlensäure	0,226 »
Säuremenge, auf Milchsäure ber.	0,81 »
Asche	0,565 »

Das Bier ist durch Pasteurisiren haltbar gemacht, enthält nicht viel Alcohol, der Geschmack ist gut. Der Gebrauch des Bieres dürfte sich da empfehlen, wo Malzextract in angenehmer Form erwünscht ist.

Die Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra hielt Sonnabend, den 30. Januar 1893 in Dorpat ihre jährliche Generalversammlung ab, auf welcher sie mit Befriedigung auf das bisher von ihr Erreichte zurückschauen durfte.

Was vor einem Jahr von ihr geplant wurde, ist jetzt zum grössten Theil verwirklicht: die Leprosorien von Muhli und Nennal befinden sich in vollem Betriebe und gewähren einer nicht geringen Zahl von Leprösen Unterkommen und Pflege.

Zunächst theilte der Präsident der Gesellschaft, Landrath Baron Arwed Nolcken-Allatzkiwwi. mit, dass die von der Gesellschaft im Januar des vorigen Jahres beschlossene Statutenänderung, nach welcher sie das Recht erhalten sollte, ihre Thätigkeit nicht nur auf Livland zu beschränken, sondern auch auf Estland auszudehnen, die obrigkeitliche Bestätigung erhalten hat. Der erste Paragraph unserer Statuten lautet also nunmehr: «Zweck der Gesellschaft ist, das Um-

sichgreifen der Lepra in Livland und Estland zu bekämpfen durch Errichtung von Leprosorien, in welchen Leprakranke ein Asyl finden und verpflegt werden».

Mit freudiger Genugthuung konnte sodann die Mittheilung begrüsst werden, dass, dem Programm der Gesellschaft entsprechend, im Herbst vorigen Jahres die bauliche Einrichtung der Station Nennal, welche zunächst für 50 Kranke bestimmt wurde, vollendet worden ist. Gleichzeitig war auch die Ausrüstung dieses Leprosoriums mit Möbeln und Betten, sowie mit der nöthigen Wäsche, den Kleidern für die Kranken und allem sonstigen Inventar zu derselben Zeit fertig gestellt worden, so dass am 5. November vorigen Jahres die ersten Aussätzigen in Nennal aufgenommen werden konnten. Herr Dr. Walter aus Tschorna, welcher vom Verwaltungsrath als leitender Arzt der Anstalt angestellt ist, hat alsbald eine lebhafte Thätigkeit in derselben entfaltet, da das Leprosorium sich rasch mit Kranken füllte.

Nachdem ferner die statutengemäss gewählte Revision-Commission ihren Bericht erstattet hatte, nach welchem die Casse und die Rechenschaftsberichte der Gesellschaft in vollkommener Ordnung befunden worden sind, legte der Cassaführer der Gesellschaft, Baron M. Stackelberg, seinen Cassen-Bericht für das Jahr 1892 der Gesellschaft vor. Danach sind im verflossenen Jahr 5498 Rbl. an Mitgliedszahlungen und freiwilligen Beiträgen eingelaufen, deren milden Spendern die Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra auch an dieser Stelle ihren herzlichen Dank aussprechen möchte.

Dem gegenüber stehen nun recht bedeutende Ausgaben, welche zum Theil durch den Umbau und die Einrichtung von Nennal verursacht worden sind. Allein der Umbau in Nennal hat 7253 Rbl. gekostet und die innere Einrichtung noch 5167 Rbl. Dafür glaubt die Gesellschaft aber auch eine ihren Zwecken recht gut entsprechende Anstalt, die gegenwärtig 50 Kranke zu fassen vermag, ins Leben gerufen zu haben. Der Betrieb unserer beiden Leprosorien, die hie und da nöthig gewordenen Remonten und Neuanschaffungen sowie die Gagen für die Aerzte und das Dienstpersonal der Anstalten erforderten im verflossenen Jahr 6810 Rbl., so dass die Gesellschaft im Ganzen 19,230 Rbl. verausgabt hat.

Natürlich ist der Vermögensbestand unserer Casse in Folge dieser grossen Ausgaben, denen entsprechende Einnahmen nicht die Wage halten, erheblich zusammengeschmolzen, so dass wir nicht umhin können, auch fürs nächste Jahr alle Freunde unseres guten Werkes um hilfreiche und freigebige Unterstützung zu bitten.

Aus dem Bericht über die Thätigkeit der Leprosorien, welchen der Vice-Präsident, Professor K. Dehio, vorlegte, heben wir noch Folgendes hervor:

Im Leprosorium Muhli, welches schon im September 1891 eröffnet und für 15 Kranke eingerichtet worden war, sind im Jahre 1892 23 Kranke neu aufgenommen worden; gestorben sind 5, nach Nennal übergeführt wurden 10 und die Anstalt verlassen haben 8. so dass zum 1. Januar 1893 14 Kranke, also ebenso viel wie zum Beginn des Jahres 1892, vorhanden waren.

Im Leprosorium Nennal befanden sich zum 1. Januar 1893 41 Kranke; weitere sind schon angemeldet, so dass in kurzer Zeit auch Nennal gefüllt sein wird.

Die Beköstigung der Kranken pro Kopf und Tag hat 14 bis 15 Kopeken gekostet.

Somit befinden sich augenblicklich 55 Lepröse in unserer Pflege — eine Zahl, die gegenüber der Menge der im Lande vorhandenen Aussätzigen zwar nicht gross genannt werden kann, aber doch die Leistungsfähigkeit unserer Gesellschaft aufs äusserste anspannt. Auch wenn für jeden Kranken, wie unsere Gesellschaft es beanspruchen muss, seitens der Gemeinde, zu der er gehört, 5 Rbl. monatlich gezahlt werden, so ist damit nach einer beiläufigen Schätzung höchstens die Hälfte der wirklichen Verpflegungskosten gedeckt. Das Fehlende muss unsere Gesellschaft herbeischaffen — und das kann sie nur, wenn die Quelle der öffentlichen Wohlthätigkeit nicht versiegt. Wenn wir angesichts dieser Erwägung getrost in die Zukunft schauen, so geschieht das namentlich auch deshalb, weil wir auf die freigebige, thatkräftige Unterstützung der Ritterschaften unserer Provinzen, denen wir schon jetzt so Vieles zu danken haben, auch ferner rechnen zu dürfen glauben.

Die Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra sieht es für ihre nächste Aufgabe an, jetzt, wo auch Estland sich ihren Bestrebungen angeschlossen hat, vor Allem in Nennal Raum für die estländischen Kranken zu schaffen. Eine Erweiterung des dortigen Leprosoriums um 30 Betten, für welche die nöthigen Baulichkeiten schon vorhanden sind und nur eines Ausbaues bedürfen, wird in Angriff genommen werden, sobald die Witterung es erlaubt. Nächstdem soll auch für den lettischen Theil Livlands ein Lepra-Asyl gegründet werden. Das sind die Aufgaben, für welche unsere Gesellschaft sich jetzt weiter wird rüsten müssen. Wir hoffen, dass mit unseren Zielen auch unsere Kräfte wachsen werden.

Zur besonderen Genugthuung aber wird es allen Mitgliedern unserer Gesellschaft gereichen, dass unsere Kranken, denen es naturgemäss ja nicht leicht werden kann, sich von dem, was ihnen sonst lieb und werth ist, zu trennen, um in unsere Asyle einzutreten, schon jetzt die seelische und leibliche Fürsorge dankbar empfinden und anerkennen, die ihnen in den Leprosorien zu Theil wird.

K. D. (Neue Dörptsche Zeitung).

Vermischtes.

— Die Anmeldungen der Vorträge zum V. livländischen Aerztetage, der, wie schon mitgetheilt wurde, am 1., 2. und 3 September d. J. in Dorpat abgehalten werden wird, werden nur bis zum 15. Juli entgegengenommen.

— Zur Zeit der Weltausstellung wird in Chicago ein internationaler Congress für Wohlthätigkeits-, Correctionswesen und Philanthropie abgehalten werden. Die dritte Section desselben wird der Besprechung der Hospitalkrankenpflege, der Ausbildung von Krankenpflegern, der Freiapotheken und der ersten Hilfeleistung bei Unglücksfällen gewidmet sein. Das Comité des Congresses hat uns ein detaillirtes Programm nebst Reglement für etwaige Theilnehmer zugesandt. Wir sind gern bereit, Interessenten etwa gewünschte nähere Auskünfte zu ertheilen.

— Die Firma Merck u. Co., New-York, wird während der Weltausstellung in Chicago in eigenem Gebäude neben der Ausstellung von medicinischen und technischen Chemikalien und Droguen eine medicinisch-chirurgisch-chemisch-pharmaceutische Bibliothek nebst Lesehalle einrichten die alle neuen bedeutenden Werke von wissenschaftlichem Werth (nur solche werden angenommen) sowie Modelle enthalten wird und allen Besuchern frei zugänglich sein wird. Ein Katalog der Bibliothek, der vermuthlich ein Repertorium der neuesten und besten Fachliteratur bilden wird, wird jedem Besucher des Merckschen Gebäudes eingehändigt. Alle hervorragenden Verlagshandlungen Europa's und Amerika's sind zur Beschickung dieser einzig in ihrer Art dastehenden Bücherausstellung aufgefordert worden.

— Am 12., 13. und 14. September d. J. findet in Chicago die dritte Jahresversammlung der American Electrotherapeutic Association statt. Auswärtigen Besuchern werden nach vorhergehender Anmeldung beim Secretair Dr. Stauton, Chicago, 3537 Indiana Avenue, Plätze in den Hotels reservirt.

— Für den vacanten Lehrstuhl der Nervenkrankheiten an dem hiesigen klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna ist, wie der «Wratsch» erfährt, schon vor längerer Zeit Joseph Motschutkowski in Odessa vom Lehrkörper des Instituts gewählt, aber bis jetzt noch nicht bestätigt worden.

— Ernannt: Zum Gehülfen des Saratowschen Gouvernements-Medicinalinspectors — der Arzt bei den Kulebak'schen Bergwerken im Gouvernement Nishni-Nowgorod, Dr. Sworykin.

— Verstorben: 1) Am 13. Januar in Tomsk der dortige Stadtarzt Theodor Alexejew. Der Verstorbene, welcher seit 1877 als Arzt thätig war, erfreute sich allgemeiner Achtung und Liebe unter der Bevölkerung der Stadt Tomsk. 2) Am 30. Januar in Warschau der ältere Ordinator am dortigen Ujasdowschen Militärhospital, Dr. Nikolai Skworzow, im Alter von 34 Jahren an chronischer Nephritis. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung an der Universität Kasan erhalten, welche er im Jahre 1881 mit dem Arztgrade absolvirte. Die Doctorwürde erhielt er im J. 1890 an der militär-medicinischen Academie nach Vertheidigung seiner Dissertation: «Ueber die Wirkung der Eisenpräparate auf den thierischen Organismus». Am Ujasdow'schen Hospital war Sk. seit 1884 thätig und leitete dort die Abtheilung für Nervenkranke. 3) Am 14. Februar in St. Petersburg der Director der Maximilian-Heilanstalt und Ordinator des Elisabeth-Kinderhospitals, Wirkl. Staatsrath Dr. Friedrich Arnheim im 48. Lebensjahre. Einen ausführlichen Nekrolog bringen wir in der nächsten Nummer. 4) In Upsala der Professor der Pharmakologie an der dortigen Universität Dr. Robert Fristedt, im 60. Lebensjahre. Der Verstorbene ist vielfach literärisch thätig gewesen; seine bedeutendste Arbeit ist sein Lehrbuch der organischen Pharmakologie, das i. J. 1872 erschien. 5) In Rom am 18. Februar n. St. der Leibarzt des Papstes Dr. A. Ceccarelli. Er war wegen seiner Tüchtigkeit, Pflichttreue und Wohlthätigkeit allgemein geachtet und erfreute sich des unbedingten Vertrauens des gegenwärtigen Papstes, wie auch seines Vorgängers.

— Vor Kurzem starb hierselbst am Schlage der Professor der Statistik an der St. Petersburger Universität, wirkl. Staatsrath Janson, welcher sich um die Medicinalstatistik St. Petersburg's grosse Verdienste erworben hat. Der Heimgegangene war auch Leiter des städtischen medicinal-statistischen Bureaus und Vorsitzender der statistischen Section der russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit.

— Dem bekannten Bacteriologen Prof. Metschnikow, früher Professor in Odessa, gegenwärtig am Pasteur'schen Institut in Paris thätig, ist der Orden der französischen Ehrenlegion verliehen worden

— In Prag hat sich ein Comité gebildet, welches eine Sammlung behufs Gründung einer Universitätsstiftung zum Andenken an den so früh verstorbenen hervorragenden Kliniker Prof. Otto Kahler (früher Professor in Prag, zuletzt in Wien) veranstaltet.

— Für den durch Prof. O. Kahler's Tod erledigten Lehrstuhl der speciellen Pathologie und Therapie an der Wiener Universität sind vorgeschlagen worden: primo loco Prof. Erb in Heidelberg, secundo loco Prof. Naunyn in Strassburg, tertio loco Prof. v. Jaksch in Prag. (A. m. C.-Ztg.)

— Wie das »British Medical Journal» erfährt, hat die indische Regierung, auf Verwendung des russischen Gesandten, dem Bakteriologen Chawkin gestattet die Cholera-Hospitäler und die Choleragegenden in Indien zu besuchen.

— Die Bauern eines Gemeindebezirkes in Podolien haben dem Studenten der Kiewer Universität Lewizki als Zeichen ihrer Dankbarkeit für die während der Choleraepidemie geleistete Hülfe ein Heiligenbild dargebracht.

— Der Gutsbesitzer J. W. Tarnowski hat der Kiewer Universität ein Kapital von 10,0000 Rbl. übergeben, von dessen Zinsen alle 2 Jahre eine Prämie für die beste wissenschaftliche Arbeit über die Pathologie der Infectionskrankheiten verliehen werden soll.

— Wie im vorigen Jahre, so werden auch in diesem Jahre die Privatdocenten der militär-medicinischen Academie eine Reihe von öffentlichen Vorlesungen im Aerzteclub halten, deren Ertrag zur Unterstützung armer Kranker, die aus den Kliniken der medicinischen Academie entlassen werden, verwandt werden soll. Die ersten beiden Vorträge, welche von den DDr. Erlizki und Lipski gehalten wurden, von denen ersterer «über die absurden Ideen bei Geisteskranken» und letzterer «über die Bekämpfung der Cholera» sprach, fanden am 9. Febr. statt und hatten ein zahlreiches Publicum angelockt.

— Die Verwaltung der St. Petersburger ärztlichen Gesellschaft zur gegenseitigen Unterstützung hat dem Landschaftsarzt des Kreises Mzensk (Gouv. Orel) Dr. J. O. Malzew, welcher am 20. Januar durch den Brand des Hauses, in welchem er wohnte, all sein Mobiliar, sein Geld, seine Bibliothek u. s. w. verloren hat, so dass er mit seiner Frau und zwei Kindern nicht einmal die nothwendigste Kleidung hat, ausserdem durch Brandwunden an den Händen zeitweilig erwerbsunfähig ist, eine einmalige Unterstützung im Betrage von 100 Rbl. angewiesen und demselben ein zinsfreies Darlehen von 200 Rbl. auf zwei Jahre angeboten.

— Die III. Jahresversammlung der ärztlichen Gesellschaft zur gegenseitigen Unterstützung findet am 20. Februar d. J. um 8½ Uhr im grossen Saale der St. Petersburger Stadtduma statt.

— Wie wir in Nr. 3 dieser Wochenschrift bereits mitgetheilt haben, beging der Londoner Arzt Dr. Severin Wielobycki vor Kurzem seinen 100. Geburtstag. Von der englischen Gesellschaft für das Studium der Trunksucht, dessen Vicepräsident Wielobycki ist, wurde dieser Tag festlich begangen. Als Dank für die zahlreichen Glückwünsche, durch die der Jubilar ausgezeichnet wurde, hat derselbe das Recept veröffentlicht, dem er seiner Ansicht nach sein langes Leben zu verdanken hat. Dasselbe lässt sich in folgende drei Punkte zusammenfassen: 1) Vollständige Abstinenz von jedem toxischen Getränk. 2) Vollständige Abstinenz von Tabak. 3) Genuss von Fleisch in nur mässigen Quantitäten.

Dem gegenüber weist die «Médecine moderne» darauf hin, dass nach der Statistik, welche Sir Georges Humphrey über die Hundertjährigen veröffentlicht hat, und die 46 Greise umfasst, die meisten derselben sich durchaus keiner absoluten Abstinenz befleissigt haben. (A. m. C.-Ztg.)

— Dr. Grechen in Luxemburg ist vom dortigen Obergerichtshof in letzter Instanz wegen Verletzung des ärztlichen Geheimnisses in mehreren von ihm behandelten gynäkologischen Fällen zu 14 Tagen Gefängniss, 200 Frcs. Busse und 8000 Frcs. Schadenersatz verurtheilt worden.

— Auf der Weltausstellung in Chicago wird vom deutschen Reiche eine Universitätsausstellung veranstaltet, welche ein zusammenfassendes Bild von dem Stande und der Bedeutung der deutschen Universitäten geben soll. Unter den vier Abtheilungen dieser Ausstellung befindet sich auch eine Abtheilung für Lehrmittel, in welcher unter Anderem der Lehrgang der Anatomie und Physiologie an der Berliner Universität, zur Darstellung gebracht und die seit 30 Jahren unter Leitung Prof. Dubois-Reymonds für den physiologischen Unterricht hergestellten Anschauungstafeln ausgestellt werden sollen. Die Einrichtung des Operationssaales der königl. chirurgischen Klinik zu Berlin wird in einem besonderen Zimmer zur Ausstellung gelangen.

— Seit dem Beginn dieses Jahres erscheint hierselbst unter der Redaction des Professors Dr. chem. A. Poehl eine neue wissenschaftliche Zeitschrift in russischer Sprache unter dem Titel «Журналъ медицинской химіи и фармаціи» (Journal für medicinische Chemie und Pharmacie), welche auch schon insofern von besonderem Interesse ist, als dieselbe in der russischen wissenschaftlichen Literatur das erste Organ ist, welches speciell den Fragen der medicinischen Chemie gewidmet ist. Wie aus dem Vorwort zu dem ersten Hefte ersichtlich, hat die Redaction sich recht weitgehende Ziele gesteckt. Nicht allein die medicinische Chemie und Pharmacie, denen das Journal vorzugsweise gewidmet ist, auch die Hygiene, Diätetik, Balneologie u. Hydrotherapie, alle neuen Arzneimittel, die Arzneipflanzen und ihr Anbau in Russland u. a. m. sollen in dem neuen Journal Berücksichtigung finden.

Diesem weitgehenden Programm entsprechend, enthält das uns vorliegende I. Heft auf 62 Grossoctavseiten eine reiche Auswahl von wissenschaftlichen Originalartikeln, Mittheilungen aus den Verhandlungen gelehrter Gesellschaften, Referaten, bibliographischen Notizen und Besprechungen neuer Werke. Nach dem Abdruck einer Zuschrift an den Herausgeber, in welcher Prof. Mendelejew seine Sympathie für das neue zeitgemässe Journal in warmen Worten ausspricht, nimmt den ersten Platz ein unter den Originalaufsätzen eine bisher in französischen Zeitschriften noch nicht veröffentlichte Arbeit des bekannten französischen Biologen Prof. Armand Gautier und seines Schülers Dr. Landi «Ueber die Produkte der Thätigkeit des vom lebenden Körper getrennten Muskels und über das anaërobe Leben der Gewebe», ein Beitrag zur Lehre von den Leukomainen. Es folgen dann noch Originalartikel von Prof. W. A. Tichomirow: «Ueber die Arzneipflanze Illicium verum»; Prof. A. Poehl: «Eine vereinfachte klinische Methode der Harnuntersuchung zur Bestimmung des Grades der Autintoxication und Energie der Oxydationsprocesse innerhalb der Körperorgane»; Dr. L. Finkelstein: «Spermin in 2 Fällen von Anämie»; und F. Bekojemski: «Einige parallele Beobachtungen über die Wirkung des Poehl-schen Spermins und der Brown-Sequard'schen Emulsion an Menschen.» (Referate über einige dieser Originalarbeiten behalten wir uns für unsere Beilage «Russische med. Literatur» vor).

Den zweiten Abschnitt bilden Mittheilungen aus den Verhandlungen der hiesigen, der Pariser und der Wiener Academie der Wissenschaften. Der dritte Abschnitt bringt einen Artikel Prof. Poehl's und Dr. N. Jwanow's «Ueber neue Arzneimittel» und einen Handelsbericht der russischen pharmaceutischen Handelsgesellschaft.

Den Schluss bilden zahlreiche (22) Referate und eine Besprechung von Arbeiten des «Archivs der biologischen Wissenschaften», welches von dem Institut für Experimental-Medicin herausgegeben wird.

Druck und Ausstattung des neuen Journals lassen nichts zu wünschen übrig; der Abonements-Preis für den Jahrgang (4 Hefte von wenigstens je 3 Bogen) ist mit 2 Rbl. 50 Kop. recht billig gestellt.

Unsererseits wünschen wir dem neuen Unternehmen den besten Erfolg.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 7. Februar bis 13. Februar 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
296	282	578	110	45	69	10	6	18	72	47	43	57	56	35	7	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 6, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 4, Scharlach 12, Diphtherie 3, Croup 3, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 30, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 122, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 38, Marasmus senilis 25, Krankheiten des Verdauungscanals 45, Todtgeborene 33.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 2. März 1893.

Tagesordnung: Dr. Huljanizky: Ueber Lepra des Auges.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 8. März 1893.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **CARL RICKER** in St. Petersburg, Newsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart.

Soeben erschienen:

Eine experimentelle Studie
auf dem Gebiete des

HYPNOTISMUS.

Nebst Bemerkungen über Suggestion und Suggestionstherapie
von **Professor Dr. R. v. Krafft-Ebing.**

Dritte durchgesehene, verbesserte und vermehrte Auflage.
gr. 8. geh. M. 2.40.

Die Krankheiten

der ersten Lebenstage

von **Professor Dr. M. Runge.**

Zweite umgearbeitete und vermehrte Auflage.
8. geh. M 7. (12) 1—1.

SCHERING'S PEPSIN-ESSENZ

nach Vorschrift von Dr. **Oscar Liebreich**, Professor der Arzneimittellehre an der Universität zu Berlin. (14) 11—1

Schering's Grüne Apotheke, Berlin N.

Niederlagen in fast sämmtlichen Apotheken und Droguenhandlungen.

Medicinischer Verlag von S. Karger, in Berlin N.W. 6.

In meinem Verlage sind erschienen: (15) 4—1.

Klinisches Recepttaschenbuch.

Für Studierende und Aerzte.
Nach der III. Ausgabe des Arzneibuches für das Deutsche Reich.
Zusammengestellt von
Dr. Friedr. von Ackeren.
Assistent an der II. medic. Klinik (Geh. Rat. Prof. Dr. Gerhardt) in Berlin.

Zweite Auflage. Eleg. gebunden M. 2.50.

Ausser der im Titel bezeichneten Receptsammlung enthält das Buch einen Abriss der **Arzneiverordnungslehre**, eine kurze **Diätetik**, die **Therapie der Vergiftungen** etc. etc. Bei der Auswahl der Receptformeln wurde nicht allein der inneren Medicin, sondern unter **vorwiegender Berücksichtigung** der an **Berliner Kliniken** gebräuchlichen Formeln auch den anderen Disciplinen Rechnung getragen. Die **erste Auflage** des aus der Klinik des Herrn **Geh. Rat. Prof. Dr. Gerhardt** hervorgegangenen Büchleins war nach **zwei Monaten** vergriffen.

Arzneiverordnungen in der Kinderpraxis.

Auf Grundlage des Arzneibuches für das Deutsche Reich III. Ausgabe.
Für Aerzte und Studierende.
Bearbeitet von
Dr. H. Guttmann, Arzt in Berlin.

Zweite Auflage. Eleg. gebunden und mit Schreibpapier durchschossen M. 2.50.

Drei Monate nach ihrem **Erscheinen** war die **erste Auflage** des Buches vergriffen. Dieser Umstand dürfte wohl am besten die Brauchbarkeit des Büchleins zeigen! Seine besonderen Vorzüge bestehen darin, dass es in umfassendster Weise, auf die **schädlichen Nebenwirkungen, Dosierung** und **Anwendung der im Kindesalter gebräuchlichen Medicamente** Rücksicht nimmt, sowie dass die **Recepte** von dem Besitzer der bekannten **Schering**'schen Apotheke in Berlin **austaxiert** sind.

Ausführlicher Verlagscatalog steht überallhin gratis und franko zu Diensten.

Medicinischer Verlag von S. Karger, in Berlin N.W. 6.

Verlag von LEOPOLD VOSS in Hamburg.

Soeben erschien: (16) 1—1.

Leitfaden
der

Hygiene des Auges.

Von
Dr. Perlia,
Augenarzt in Crefeld.

Mit 32 Abbildungen. M. 2.

Empfehlen den Herren ZAHNÆRZTEN:



«CHLORURE D'ETHYLE PUR»
von GILLIARD, P. MONNET & CARTIER in LYON.
IN GLASRÖHRCHEN VERSCHLOSSEN NACH VERFAHREN VON P. MONNET,
für LOCALE ANAESTHESIE, vom PROFESSOR DOCTOR REDARD ANGEWANDT!

DEPÔT: IN MOSKAU: bei M. GREVSMÜHL, Arbat, Haus Fürst Obolensky, **IN ST. PETERSBURG:** bei J. VŒGEDING, Grosse Morskaja, № 14, sowie in allen grösseren Apotheken und Apothekerwaaren Magazinen Russland's.

5 —3.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Friederike Karlowna Simbill, Вас. Остр. 14 л. № 51.
Marie Mohl, Вас. Остр. 1 л. д. № 44, кв. 3
Pauline Gebhardt, Вас. Остр. Б. просп. № 5, кв. 18.
Sophie Jordan, Вас. Остр., 10 лин д. 11, кв. 9.
Frau **Marie Kubern**, Мойка 84, кв. 19, напротивъ реформатской церкви.
Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.
Frau **Hasenfuss**, Мал. Подьяческ. д. 14, кв. 15.
Melanie Tromberg, Вас. Остр., 4 лин. № 19, кв. 6.
Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.
Ida Belajew. Казанская № 52, кв. 24.
M. Winkler, Моховая ул. д. 29, кв. 5, bei Frau Ewald.
А. А. Щукина, Поварской пер., д. 17, кв. 6.
E. van der Vliet, Екатер. кан. 166, кв. 25

Hierzu als Beilage ein Prospect betreffend: Hallibnrton, Lehrbuch der chem. Physiologie und Pathologie.

Дозв. ценз Спб. 19 Февр. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 9 St. Petersburg, 27. Februar (11. März) **1893**

Ueber senile Dysurie.

Vorgetragen im deutschen ärztlichen Verein am 11. Jan. 1893.

Von

Dr. J. Assmuth.

Die Bezeichnung «senile Dysurie» erhebt nicht den Anspruch als wissenschaftliche Diagnose zu gelten. Das Wort sagt nichts weiter als dass man darunter eine Störung der Harnentleerung versteht, die vorzugsweise oder ausschliesslich dem höheren Alter zukommt. Es liegt nahe, beide Momente — die eigenthümliche Form der Harnbeschwerden und das höhere Alter — weil sie so oft coïncidiren, in Causalzusammenhang zu bringen, und es nimmt uns nicht Wunder, wenn gleichzeitig mit dem Rückgange sämmtlicher Körperfunctionen auch die der Harnorgane defect werden. Fragt man aber nach der näheren mechanischen Begründung dieser Erscheinung, so begegnet man überall dem Hinweis auf die vielberufene Prostatahypertrophie, mit deren kritikloser Supposition ein arger Missbrauch getrieben wird.

Bei einer anderen Gelegenheit[1]) habe ich schon darauf aufmerksam gemacht, dass eine Vergrösserung der Prostata durchaus keine constante Begleiterin des höheren Alters ist, und dass sogar Atrophie des Organs bei alten Leuten nicht ganz selten beobachtet wird. Auf der anderen Seite finden sich sehr beträchtliche Vergrösserungen (Hyperämien und Hyperplasien) der Vorsteherdrüse bei Individuen, die wenig oder garnicht über Harnbeschwerden klagen. Man ist also gewiss nicht berechtigt, die sogleich näher zu charakterisirenden Störungen ohne weiteres von einer Volumsvergrösserung der Prostata abhängig zu machen, zumal da eine solche vielfach garnicht nachgewiesen, sondern nur supponirt wird.

Hören wir die Klagen eines solchen Patienten an: er sagt uns zunächst, dass er seit Jahren viel häufiger uriniren muss als in früheren Zeiten und dass der plötzlich kommende, stürmische Drang ihm kaum gestattet, die Entleerung aufzuschieben, was ihn oft in grosse Verlegenheit bringt. Gehört er den intelligenteren Klassen an, so fügt er wohl noch hinzu, dass trotz dieses stürmischen Dranges der Harn nur im ersten Moment einen kräftigen Strahl zeigt, dann aber träger und träger fliesst und schliesslich nur tropfenweise zum Vorschein kommt. Auf näheres Befragen erfahren wir, dass die Entleerung mitunter nicht in continuirlichem Strom, sondern mit mehrfachen Unterbrechungen vor sich geht (miction saccadée) und dass, wenn alles beendet scheint, regelmässig noch ein Nachtröpfeln stattfindet. Von einem anderen Kranken, der sonst ganz ähnliche Klagen vorbringt, hören wir, dass er auffallender Weise in der Nacht, obgleich er dann weniger Flüssigkeit zu sich nimmt, viel häufiger uriniren muss als am Tage (ein diagnostischer Hinweis, auf den wir noch zurückkommen müssen), von noch einem anderen, dass ihm die Nacht 3—4 Stunden ungestörter Ruhe bringt, während er doch am Tage fast stündlich darauf bedacht sein muss seinen Drang zu befriedigen, wenn er sich nicht durchnässen will.

In allen diesen Fällen kann der Harn klar und auch sonst normal beschaffen sein. Meist geht mit der Häufigkeit der Entleerung ein entsprechend geringes Quantum des jedesmal Producirten Hand in Hand; hat aber eine abnorme Mictionsfrequenz längere Zeit angedauert, so kommt es bisweilen zu wirklicher Polyurie: es wird nicht nur oft, sondern auch jedesmal relativ viel Harn gelassen; und das führt uns zur Besprechung der differential-diagnostischen Momente.

Sehen wir von der Möglichkeit, dass es sich um Diabetes mellitus handelt, ganz ab, da eine Harnuntersuchung hier rasch die Entscheidung bringt, so kann angesichts einer nicht unbeträchtlich vermehrten 24-stündigen Harnmenge und des oft genug vorhandenen Durstes die Ausschliessung eines Diabetes insipidus unter Umständen nicht leicht sein, wenn auch der geringere Harnstoffgehalt und das entsprechend herabgesetzte specifische Gewicht bei genauerer und wiederholter Untersuchung vor

[1]) «Ueber Harnresorption und Urämie» Petersb. med. Wochenschrift 1886 Nr. 6.

Verwechselungen schützt. Hat es sich ergeben, dass kein Diabetes vorliegt, so fragt sich's weiter, was denn die Ursache des häufigen Harndranges ist, vor allen Dingen also, ob die Blase im Stande ist sich vollständig oder nahezu vollständig zu entleeren. Diese Frage kann nur dann mit Sicherheit beantwortet werden, wenn es gelingt den Kranken zu wiederholten Malen zu katheterisiren unmittelbar nachdem er — einem wirklichen Bedürfniss folgend, also ohne sich zu zwingen — urinirt hat; denn die Perturbation, die ein Hervorpressen des Urins in dem Schliessmuskelapparat solcher Kranker hervorruft, gestattet höchstens einen Schluss auf facultative Retention.

Ist keine Strictur vorhanden und gleitet der Katheter leicht, d. h. ohne auf prostatale Hindernisse zu stossen, in die Blase, findet sich in derselben kein oder so gut wie kein Residualharn und beherbergt sie keine Concremente oder sonstigen Fremdkörper, die ja durchaus nicht immer auffallende Veränderungen des Harns setzen, so haben wir es mit dem Zustande zu thun, der uns heute beschäftigen soll, mit der senilen Dysurie im engeren Sinn.

Bevor wir weiter gehn, möchte ich nur noch ein paar Worte bezüglich der Prostata und der Untersuchungsmethoden sagen, welche die Volumsveränderungen dieses Organs festzustellen geeignet sind.

In den Handbüchern und selbst in Monographien findet sich gewöhnlich nur die Angabe, das Volumen und die Configuration der Vorsteherdrüse lasse sich durch die Digitalexploration per rectum bestimmen. Es wird dabei ausser Acht gelassen, dass die Entwickelung der rectalen Fläche der Prostata durchaus nicht immer derjenigen der urethralen entspricht. Nach dem Mastdarm hin kann die Prostata als gewaltige Masse sich präsentiren und braucht doch der Harnentleerung kein erhebliches Hinderniss entgegenzustellen. Die Untersuchung mittelst der Metallsonde weist eben in solchen Fällen für die urethrale Seite des Organs ein ganz anderes Verhalten nach: der mittlere Lappen zeigt nur geringe Entwickelung, es fehlt eine eigentliche «luette vésicale», auch die Seitenlappen können flach sein, kurz die Configuration der Vorsteherdrüse, die — nach der Rectalexploration allein beurtheilt — der Harnemission ein fast unüberwindliches Hinderniss in den Weg legen müsste, stellt sich bei der urethralen Untersuchung als harmlos heraus. Ich lege deshalb bei Beurtheilung der Rolle, welche die Prostata bezüglich der Harnentleerung spielt, auf die Sondenuntersuchung des Blasenhalses viel mehr Werth als auf die Digitalexploration per rectum. Will man die Gestalt und Grösse der Prostata als Ganzes richtig abschätzen, so muss man sich der doppelten Untersuchung bedienen, die ein Betasten des Organs mittelst der Sonde einerseits und des Fingers andererseits gestattet.

Dass die Sonde leicht in die Blase gleiten und doch der Harn spontan nicht entleert werden kann, ist bekannt; nur bezieht sich dies mehr auf elastische als auf metallische Instrumente, welche letzteren allein als die Tastempfindung vermittelnde Verlängerungen des Fingers angesehen werden dürfen; dann aber handelt es sich hierbei immer um Harnverhaltungen, deren Besprechung ich aus unseren heutigen Betrachtungen um so eher ausschliessen zu dürfen glaube, als ich der ausführlichen Erörterung dieser Frage in früheren Arbeiten[2]) schon gerecht geworden bin.

Wenn auch in vielen Fällen von seniler Dysurie früher oder später Harnretention sich einstellt, so wird der Symptomencomplex, auf welchen ich hier aufmerksam machen will, oft genug nicht durch Retention bedingt und liegt eben hierin die Schwierigkeit einer Erklärung desselben.

Bis in die letzten Jahre hat man die Harnbeschwerden alter Leute immer kurzweg in das Gebiet der Prostatahypertrophie und der — wie man meinte, — in allen Fällen daraus resultirenden partiellen oder totalen Harnverhaltung verwiesen. Bei genauer Beobachtung aber konnte dieser Standpunkt nicht mehr festgehalten werden, weil gar nicht selten das Krankheitsbild der senilen Dysurie vorlag, aber weder Prostatahypertrophie noch Retention sich nachweisen liess.

Dass eine Blase, die sich nicht vollständig entleert, so lange es noch nicht zu höheren Graden von Atonie oder Parese gekommen ist, immer häufigere Versuche macht, ihres Inhaltes sich zu entledigen, bedarf wohl keiner besonderen Erklärung: die in der Blasenwand verlaufenden Nerven reagiren eben auf den über ein gewisses Maass gesteigerten intravesicalen Druck durch Auslösung von Muskelcontractionen.

Was aber veranlasst den so häufigen und oft sehr heftigen Harndrang alter Leute schon bei ganz geringer Blasenfüllung?

Vergegenwärtigen wir uns zunächst den normalen Ablauf der Erscheinungen, die zum Harndrang, resp. zur Harnentleerung führen. Hat der intravesicale Druck eine gewisse Höhe erreicht, so stellen sich reflectorisch Contractionen der Muscularis ein, die den Blaseninhalt auszustossen bestrebt sind, und es kommt endlich an der Stelle, wo der Widerstand am schwächsten ist, d. h. an dem vesicalen Ende der Harnröhre, die nur vom Sphincter internus, einem dem Willensimpulse entzogenen Muskel, verschlossen ist, zum Austritt einiger Tropfen Urin. Wächst der auf der Blasenwand lastende Druck noch weiter an, so wird wahrscheinlich ein Theil der Pars prostatica in die Blasenhöhle mit einbezogen und der Harn tritt nun frei an den Compressor urethrae od. Sphincter ext. heran. Wenn das Hineintreten einiger Tropfen in den Blasenhals nur als leise Mahnung, gleichsam als erste Verwarnung zum Bewusstsein gelangt, so ist durch die Erweiterung und Füllung des Blasenhalses oder der Pars prostatica mit Harn der starke Urindrang gegeben, der auf die Dauer nicht mehr ungestraft unterdrückt werden kann. Die Entleerung erfolgt dann durch willkürliche Entspannung des Compressor urethrae. Es scheint also der Harndrang sich einzustellen, sobald Urin an den Sphincter ext. herantritt.

Wie erklärt sich nun das Auftreten von Harndrang schon bei schwach gefüllter Blase?

Im Jahre 1885 erschien eine Arbeit von L a u n o i s[3]) welche nicht nur von der G u y o n'schen Schule, von der sie ausgegangen war, sondern auch von den Fachkreisen anderer Länder mit Freuden begrüsst wurde, weil sie Licht in diese dunkle Frage zu bringen schien. Der Verfasser geht von dem Gesichtspunkte aus, dass die dem höheren Alter zukommende Degeneration des Harnapparats wesentlich als Theilerscheinung allgemeiner Arteriosklerose aufzufassen sei, und sucht nachzuweisen, dass bei Sklerotikern stets auch die ernährenden Gefässe des uropoetischen Systems atheromatös seien. Diese Arbeit hat das unleugbare Verdienst auf die Rolle aufmerksam gemacht zu haben, die das Atherom bei den in Rede stehenden Zuständen spielt, aber es ist dem Verfasser dabei immer nur um eine Erklärung der beginnenden Retention auch bei solchen Greisen zu thun, die keine manifeste Prostatahypertrophie aufweisen.

Ferner hat C a s p e r in einer 1891 erschienenen Arbeit[4]) an der Hand von 28 anatomisch genau durchforschten

---

[2]) cf. «Ueber die Gefahren des Katheterismus bei gewissen Formen von Harnretention» Petersburger medicinische Wochenschrift 1889 Nr. 1.

[3]) «De l'appareil urinaire des vieillards» (thèse du doctorat).

[4]) «Zur Pathologie des Tractus urogenitalis senilis» Virchow's Archiv. Bd. 126.

Fällen nachgewiesen, dass die allgemeine Arteriosklerose durchaus nicht regelmässig auf die grösseren Arterien des Urogenitaltractus sich erstreckt und dass ebensowenig Entartungen der grösseren Gefässe dieses Bezirks mit analogen Veränderungen der kleineren Vesical- und Prostatalarterien zu coïncidiren brauchen, was doch postulirt werden muss, wenn die Launois'sche Lehre als richtig anerkannt werden soll. Aber abgesehen hiervon würde selbst durch den Nachweis einer regelmässigen Coïncidenz allgemeiner Arteriosklerose mit atheromatöser Entartung der Arterien und Arteriolen des fraglichen Bezirks das Cardinalsymptom der senilen Dysurie im engeren Sinne, nämlich die abnorme Mictionsfrequenz, noch immer nicht erklärt sein.

Vor einigen Monaten, gegen Ende des Jahres 1892, hat Bohdanowicz, ein Eleve des Pasteur'schen Instituts, ein interessantes Schriftchen[5]) veröffentlicht, in dem er seine aus sehr fleissigen Untersuchungen gewonnenen Schlüsse, soweit sie hierher gehören, dahin resümirt, dass es einerseits Fälle von Prostatahypertrophie ohne Läsion der Blasenmuskulatur giebt, dass ferner die allgemeine Arteriosklerose bei alten Leuten fehlen kann, obwohl ihre Blasenmuskulatur sklerotische Entartung zeigt und dass endlich der Einfluss der Gefässentartung allein nicht genügt, um denjenigen Zustand der Blase und des Blasenhalses zu erzeugen, den der Verfasser als «sclérose vésicale des prostatiques» bezeichnet.

Auch hier wird stets «Prostatiker» gesagt, wo es heissen sollte: alte Leute mit Harnbeschwerden, aber der Verfasser ist sich doch dessen bewusst, dass es sich vor allen Dingen um den Zustand der Muskeln handelt, wie das ja schon aus dem Titel der Arbeit hervorgeht. Er weist nach, dass mit der Arteriosklerose oft (aber nicht immer) eine bindegewebige Entartung, eine Sklerose der sehr complicirten Blasenmuskulatur Hand in Hand geht, dass die aus dem submucösen und subserösen Gewebe entspringenden inter- und intrafasciculären Bindegewebszüge durch Volums- und Resistenzzunahme allmählich die Muskelbündel verdrängen und erdrücken.

Ich möchte mir hier erlauben darauf hinzuweisen, dass diese Thatsache, die ja nicht ganz neu, aber früher mehr vermuthet als exact nachgewiesen war, ein helles Licht auf das räthselhafte Verhalten von stark hypertrophen Balkenblasen (vessie à colonnes) wirft, die trotz ihrer scheinbar gewaltigen Muskulatur durchaus functionsuntüchtig sind: es handelt sich hier eben nicht mehr um Muskel- sondern um Bindegewebsbalken.

Eben dieser Entartung fällt auch der Sphincter internus vesicae anheim, der als durch Fasernanhäufung verstärkte Fortsetzung der mittleren transversalen Schicht der Blasenmuscularis angesehen werden darf, und es wird verständlich, wie durch die nur schwach verschlossene Pforte einige Tropfen Urin hindurchtreten und so die Empfindung des Harndranges vermitteln können, bevor noch der intravesicale Druck eine irgend beträchtliche Höhe erreicht hat. Wiederholt sich dieser Vorgang, wie unvermeidlich, viele Mal, so sinkt die Capacität der Blase, welche nun ihrerseits durch Ausübung ihres Gewohnheitsrechts[6]) die Mictionsintervalle noch weiter verkürzt. In derselben Richtung wirkt eine oft genug durch unzeitigen Katheterismus hervorgerufene oder beförderte Tendenz zur Harnzersetzung, die ja schon an und für sich im Stande ist, eine abnorme Mictionsfrequenz hervorzurufen.

Unzweifelhaft wird die Stagnation des Harns und damit die Neigung zur Zersetzung desselben durch gleichzeitig vorhandene Prostatahypertrophie begünstigt und charakterisiren sich solche Fälle schon vor der manuellen oder instrumentellen Untersuchung durch das untrügliche Zeichen des häufigeren Urinirens bei Nacht oder richtiger während der Rückenlage, welche offenbar die venöse Hyperämie der Prostata steigert. Die Wichtigkeit dieses Symptoms wird besonders einleuchtend, wenn man bedenkt, das Cystitiker und Calculöse, die ja sonst manche Analogie mit Prostatikern darbieten, gerade in der Rückenlage und überhaupt beim ruhigen Liegen viel längere Mictionsintervalle haben als beim Umhergehen, während der Prostatiker, um seinem unaufhörlichen nächtlichen Harnreiz zu entfliehen, instinctiv aus dem Bett springt und stundenlang umherläuft.

Es bedarf kaum der Erwähnung, dass die Erklärung des trägen Harnabganges ebenso durch die Beschaffenheit der eigentlichen Blasenmusculatur (des Detrusor) gegeben ist wie die häufige Nöthigung zum Harnlassen durch die des Sphincter.

Die kurze Mittheilung einiger hierhergehöriger Krankheitsgeschichten soll die vorstehenden Betrachtungen illustriren.

1. P. S. 64 Jahr alt, jugendlich aussehender, etwas fettleibiger Marineoffizier a. D. leidet seit 5—6 Jahren an allmählig zunehmender Mictionsfrequenz, die sich fast ausschliesslich am Tage bemerkbar macht. In der Nacht urinirt er höchstens 2—3 Mal, schläft aber auch zuweilen durch. In letzter Zeit ist bei gleichzeitigen Verdauungsstörungen der Harndrang durch seine Häufigkeit (alle $1^1/_2$—2 Stunden) sehr lästig geworden. Kein Schmerz während oder nach der Urinemission. Harn krystallklar, sauer, frei von Eiweiss und Zucker. Strahl bis zu Ende der Miction leidlich. Eine Metallsonde (Charrière Nr. 20) gleitet leicht in die Blase. Die zwischen Sonde und Finger untersuchte Prostata erweist sich als ziemlich weich und relativ klein. Einige Tage später Prüfung auf Retention mit negativem Resultat. In der Blase findet sich kein Concrement und das Fehlen jetziger oder früherer Schmerzen in der Lendengegend und den Hypochondrien sowie die Abwesenheit von Blutkörperchen in dem spärlichen, nach 24 Stunden gebildeten Sediment spricht auch gegen Nierenstein als Ursache etwaiger Reflexreize auf die Blase.

Dieser Kranke, dessen Harn während einer mehrere Jahre andauernden Beobachtung klar blieb, und bei dem sich meines Wissens auch bis jetzt keine nennenswerthe Retention eingestellt hat (der Strahl ist allerdings etwas schwächer geworden und die Mictionsintervalle belaufen sich immer noch auf 2—$2^1/_2$ Stunden) scheint mir den Typus der senilen Dysurie in reinster Form darzustellen. Solche ganz uncomplicirte Fälle kommen nicht gerade häufig zur Beobachtung und dem Gegenstande Fernerstehende könnten wohl fragen, ob man es hier nicht mit der sogenannten reizbaren Blase (irritable bladder) zu thun hat. Auch diese Fälle sind ja selten und das pathologisch-anatomische Substrat, das ihnen zu Grunde liegt, noch ganz unbekannt; aber beide Zustände lassen sich doch mit grosser Sicherheit auseinanderhalten; zunächst befällt die ebengenannte Neurose viel häufiger junge Individuen als alte, dann tritt sie meist schubweise, mit plötzlichen Verschlimmerungen, auf; der Harn ist oft, namentlich zu Zeiten enormer Mictionsfrequenz (halbstündige bis viertelstündige Intervalle) völlig farblos, wasserhell. Die Extremitäten sind feucht und kalt und das Gebahren der betreffenden Kranken charakterisirt sie als Neurastheniker, so dass man versucht ist, den ganzen Zustand als eine Erscheinungsform der Neurasthenie anzusehn.

2) J. S. 71 a. n. Beamter, mager, von herabgekommenem Aussehn, hat früher eine mehr sitzende Lebensweise geführt, macht sich aber seit einigen Jahren sehr viel Bewegung und klagt über eine am Tage erträgliche, in der Nacht aber höchst qualvolle Empfindung am äusseren Ende der Harnröhre. Diese Empfindung, die er als ein Brennen mit heftigem Harndrang charakterisirt, erreicht ihren Höhepunkt zu Ende der Urinemission und dauert dann noch minutenlang ungeschwächt fort; sie zwingt ihn fast viertelstündlich zum Geschirr zu greifen, um nach langen vergeblichen Anstrengungen ein ganz

[5]) «Contribution à l'étude de la pathologie du muscle vésical».

[6]) Es ist ja bekannt, dass selbst eine gesunde Blase, die aus irgend einem Grunde eine Zeit lang häufiger entleert worden ist, sehr bald ihren Besitzer tyrannisirt, indem sie nun als ihr Recht verlangt, was ihr bisher freiwillig zugestanden wurde.

geringes Quantum übelriechenden Urins zu Tage zu fördern. Oft gesellt sich zum Brennen in der Harnröhre noch ein dumpfes Gefühl von Völle und Druck im Damm und im After. Eine Metallsonde, selbst mit kleinem Krümmungsdurchmesser, lässt sich zunächst nicht einführen. Pat. hat soeben etwa 30 Cc. eines diffus und particulär getrübten, nicht geruchlosen Harnes entleert und nach Introduction eines elastischen Katheters zeigt sich, dass so gut wie kein Residualharn vorhanden ist. Die Prostata, die unter solchen Umständen nur per anum untersucht werden konnte, erweist sich als hart, glatt und sehr hoch, der obere Rand nicht ertastbar, in der Ampulle eine Masse Skybala. Verordnung: Bis auf weiteres jeden Abend ein Klysma unter gleichzeitigem Gebrauch von Infus. sennae salinum in dosi refracta, Leinsamendecoct als Getränk und Salol (3,0 pro die), als Nahrung nur Milch. Diese Mittel und die Anweisung nie zu drängen, sondern ruhig zu warten, bis der Harn kommt, verschaffen dem Pat. ein paar erträglichere Nächte und nachdem mehrfach elastische Sonden mit wachsendem Caliber in langen Intervallen eingeführt worden sind, gelingt die Application einer Metallsonde zunächst mit S förmiger, dann auch mit gewöhnlicher Krümmung, wobei sich denn herausstellt, dass nach der urethralen Seite hin die lateralen Prostatalappen sehr beträchtlich vergrössert sind, aber median kein hoher Clivus vorhanden ist. Der letztere Umstand gestattet eine vollständige Abtastung des Blaseninneren mit der Sonde und ergiebt unter anderem auch die Abwesenheit eines Blasensteins. Pat. erfreut sich bei sorgsamer Regulirung seines Stuhls und strenger Blasendressur leidlicher Nächte und wenigstens gegen Morgen einiger Stunden ununterbrochenen Schlafes, so dass sein Allgemeinbefinden und sein Aussehn sich wesentlich bessert. Die Mictionsfrequenz während des Tages aber vermindert sich nicht erheblich, Pat. muss alle 1½—2 Stunden uriniren.

Dieses Stationärbleiben der Tagesfrequenz kennzeichnet den Fall als senile Dysurie in unserem Sinne. Hätte sich's um eine reine Hyperplasie der Vorsteherdrüse ohne secundäre Entartung des Sphincter int. gehandelt, so wären die Tagesintervalle mit dem Besserwerden der Nächte viel länger geworden. Der Harn, der übrigens nie Blut enthalten hatte, wurde allmählich fast klar und ganz geruchlos, die Schmerzen beim Uriniren und namentlich die Nachempfindung schwanden bis auf ein geringes Brennen. Im Laufe des letzten Jahres hat sich mir der Pat. nicht mehr vorgestellt.

3. L. R. 66 J. alt, Comptoirist, wohlbeleibter Mann mit erweiterten Capillaren an Nase und Wangen, bemerkt seit etwa 4 Jahren eine häufigere Nöthigung zum Uriniren: Tags etwa 8—9 Mal, Nachts 3—4 Mal. Das Urinlassen ist zuweilen recht schmerzhaft, der Strahl nicht allzuträge, Stuhl angehalten, fast nur durch Klysmen erfolgend. Hämorrhoidalbeschwerden sehr ausgeprägt. Früher ist viel Bier und Schnaps getrunken worden, seit einem Jahr wird völlige Abstinenz beobachtet. Nachdem spontan 150 Cc. Harn entleert worden, fliessen durch den Katheter noch weitere 40 Cc. ab. In dem spontan abgegangenen Urin lässt sich ein Hauch von diffuser Trübung bemerken, die mikroskopische Untersuchung ergiebt im Sediment neben vielen Leukocyten auch Blutkörperchen. Es ist kein Zucker und von Eiweiss nur geringe Spuren vorhanden. Später, wo sich das Verhältniss des Residualharnes zum spontan gelassenen noch günstiger gestaltet (25:210 Cm.), finden sich meist keine Blutkörperchen im Sediment, auch ist chemisch kein Blutfarbstoff nachweisbar. Die Sondenuntersuchung schliesst Blasenconcremente aus. Prostata mittelgross, weich, wenig druckempfindlich, auch nach der urethralen Seite hin nur mässig entwickelt. In einigen Monaten gelang es durch zwei Mal wöchentlich vorgenommene Sondirung den Pat. von seinem Mictionsschmerz zu befreien und die Harnpausen bis auf die Dauer von 2 Stunden zu verlängern. Hier hatte offenbar die Hyperämie der Prostata einen wesentlichen Antheil an den Beschwerden.

Die Fälle, wo ein erhebliches Quantum von Residualharn sich findet, bei denen durch die spontane Miction nur etwa ebensoviel oder selbst weniger entleert wird, als der Katheter gleich darauf zu Tage fördert, gehören nicht hierher und verlangen natürlich regelmässigen Katheterismus. Wo diese Erscheinung fehlt oder nur in geringem Maasse vorhanden ist, tritt die systematische Anwendung der Metallsonde in ihr Recht, die im Verein mit der Regulirung des Stuhls durch Massage und Gymnastik um so mehr leistet, je ausgesprochener die begleitende venöse Stauung im Prostatalplexus, je weicher die Prostata ist. In anderen Fällen erweist sich die nicht zu häufig angewandte Guyon'sche Instillation als überraschend nützlich. Beide Mittel, die man durch die Verordnung wenig gashaltiger Mineralwässer (Wildungen, Contrexéville oder Vichy) zu unterstützen gut thut, beschwichtigen den in einigen Fällen vorhandenen Schmerz während oder nach der Miction, ändern aber an dem Cardinalsymptom, dem häufigen Harndrang, aus begreiflichen Gründen nur wenig und die Patienten, die zu Beginn der Behandlung, wo der Effect am deutlichsten ist, sich sanguinischen Hoffnungen hinzugeben pflegen, sehen bald ein, dass ihr Leiden wohl besserungsfähig, aber nicht heilbar ist.

Zum Schluss will ich nur noch zur Stütze meiner Anschauungsweise zwei sehr lehrreiche Sectionsbefunde anführen, die sich mit den oben besprochenen Ergebnissen der Bohdanowicz'schen Untersuchungen decken.

Der verstorbene Prosector des Obuchowschen Hospitals Dr. Albrecht hatte die Freundlichkeit, auf meinen Wunsch zwei in diese Kategorie gehörige Fälle aus meiner damaligen Abtheilung bezüglich des mikroskopischen Verhaltens ihrer Blasensphincteren zu untersuchen. Sie stammen aus den Jahren 1875 und 1876 und ich gebe hier wortgetreu wieder, was ich in meinen alten Notizen über diesen Gegenstand gefunden habe:

1. P. S. 69 a. n. Emphysema pulmonum. Während der letzten Lebensjahre auffallend häufiges Bedürfniss den Urin zu lassen. Weder die Harnbeschaffenheit noch die Blasenuntersuchung giebt dafür eine ausreichende Erklärung. Bei der Section findet sich eine wenig vergrösserte, ziemlich succulente Prostata, bedeutend verdickte Blasentrabekeln und auf dem Durchschnitt erscheint der Sphincter auffallend starr und hart. Die mikroskopische Untersuchung desselben zeigt fast gar keine Muskelelemente, sondern überall derbe Bindegewebszüge, so dass es den Anschein hat, als habe der Pat. uriniren müssen, sobald das Niveau der Harnlache — aus dem Cul-de-sac der Blase emporsteigend — die Höhe des Orificium urethrae int. erreichte.

2. N. O. 62 a. n. Schuhmacher. Interstitielle Nephritis. Im Harn wenig Eiweiss, keine Cylinder. Mässige Polyurie. Unverhältnissmässig häufiger Harndrang. Sectionsbefund: Neben schwerer Abziehbarkeit der Nierenkapseln und Durchsetzung des Parenchyms mit Bindegewebszügen erscheint die Blase von derben Strängen mit netzförmiger Anordnung durchzogen und der Wulst am Blasenmunde gelblichgrau und starr. Mikroskopischer Befund: Am Blasenhalse (sphincter vesicae) und in der Blasenwand überall fast nur Bindegewebe neuerer und älterer Bildung zwischen und in spärlichen Resten von spindelförmigen Muskelzellen.

Referate.

M. Nencki: Bericht in der Gesellschaft russischer Aerzte. (Wratsch 1893 Nr. 1).

Die bakteriologischen Untersuchungen von Blachstein und Schubenko zur Cholerazeit 1892 in Baku, Astrachan und Petersburg haben zu dem Resultate geführt, dass die Cholerainfection nicht allein auf der Anwesenheit des Kommabacillus beruhe, dass vielmehr beim Zustandekommen derselben auch andere Mikroben eine Rolle spielen.

In der Mehrzahl der Fälle von Choleratyphoid, aber auch bei der typischen Cholera, sind ausser dem Kommabacillus drei Arten kurzer Stäbchen gefunden worden, welchen der Name bacterium caspicum α, βı und βıı beigelegt wurde. Bact. casp. α verflüssigt die Gelatine nicht, die Unterscheidung vom bact. coli commun. und dem Typhusbacillus ist schwer. Bact. caspic. βı trifft man vor Allem beim Choleratyphoid, aber auch bei der typischen Cholera. Bact. casp. βıı fand sich in dem Inhalt von Dünndarmschlingen bei Individuen, die an typischer Cholera gestorben waren. Die beiden letzteren verflüssigen die Gelatine, wie sie überhaupt wenig von einander differiren. B. hat gefunden, dass eine subcutane Injection mit Bouillon, die mit dem Darminhalt eines Cholerakranken versetzt war, den Tod der Versuchsthiere in 24—36 Stunden nach sich zieht. Dagegen wirkt eine subcutane Injection reiner Choleracultur und von Reinculturen der obengenannten drei Arten des bact. casp. auf Thiere nicht tödtlich. B. stellte eine Mischung her, in welcher sich neben Cholerabacillen auch andere Bakterien des Darmes befanden. Diese Mischungen wirkten stets tödtlich, im Gegensatz dazu gaben Cholerareinculturen oder Cul-

turen der oben genannten drei Arten des bact. casp. negative Resultate. Bact. casp. α tödtet bei Anwesenheit des Kommabacillus Kaninchen und Tauben, bact. caps. βII nur Mäuse und Meerschweinchen. Der Tod erfolgt schnell gewöhnlich in Verlauf von 24 Stunden.

In der Wasserleitung Petersburgs ist eine Bakterienart gefunden worden, welche bei Anwesenheit des Kommabacillus tödtlich wirkt, an sich allein unschädlich ist. Die Vereinigung des Kommabacillus mit dem bact. coli commun. tödtet Tauben. Der Kommabacillus entwickelt sich sehr wohl in einer Reincultur von bact. coli commun., verdrängt in der Folge letzteren bis zum vollkommenen Schwunde, dagegen geht der Kommabacillus in der Reincultur des bact. casp. α in 37–48 Stunden, in der des bact. casp. β nach üppigem Wuchse in 2–3 Tagen zu Grunde. Vortragender hält es für unfehlbar, dass, wenn Pettenkofer und Emmerich statt einer Cholerareincultur eine jener oben genannten Mischungen zu sich genommen hätten, sie von einer schwereren Form der Choleraerkrankung nicht verschont geblieben wären.

Vortr. macht auf das β Naphtol-Wismuth, das Phenol-Wismuth und das μ Kresol-Wismuth als therapeutische Mittel aufmerksam, deren Wirksamkeit darauf beruhen soll, dass das Wismuth mit den Producten der Bakterien, den Toxalbuminen und Ptomainen, eine unlösliche und daher schwer resorbirbare Verbindung eingeht. Als brauchbares und billiges Desinfectionsmittel wird pix betulae und pix pini sylvestris empfohlen, welche Guajacol, Kreosol, Kresol etc. enthalten. Eine frisch bereitete 5 pCt. wässrige Lösung dieses Theers versetzt mit 1) Choleraculturen, 2) einer Mischung von Cholerabacillen und Darmbakterien, 3) einer Reincultur von Typhusbacillen und 4) einer Reincultur von Staphylococcus pyogenes aureus tödtet die Bakterien in einem Zeitraum von 5–45 Min. ab; am schnellsten gehen die Kommabacillen (5 Min.) zu Grunde.

Lingen.

A. Strümpell: Ueber einen Fall von schwerer Selbstbeschädigung bei einer Hysterischen. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde II. Bd. XVIII).

Die 26 jährige Patientin wurde S. als ein Fall von «spontaner Gangrän» zugewiesen. Die nicht belastete Pat. erkrankte zuerst im 18. Jahre, damals bildete sich der erste «schwarze Fleck» auf der Wange, dem in kürzeren oder längeren Intervallen andere Flecke gefolgt seien. Einige Jahre später kam Pat. nieder; während der Gravidität u. ca. 1 Jahr nach der Geburt traten keine Hauterkrankungen auf. Nach einer Lungenentzündung gesellten sich zu den Hauterkrankungen zeitweilig sehr häufige mit Bewusstseinsverlust und Krämpfen einhergehende Anfälle. — Bei der Aufnahme in die Klinik zeigte Pat. an dem linken Unterschenkel eine handtellergrosse brandige Ulceration und an allen Extremitäten und der rechten Wange ausgedehnte strahlige Narben, welche an Brandnarben erinnerten.

Einige Tage nach der Aufnahme war auf der linken Wade eine Schwellung und Röthung der Haut mit Bläschenbildung bemerkbar, welche noch an demselben Tage brandige Verfärbung zeigte; auch prognosticirte Pat. einen baldigen «Anfall» aus einem von der Magengrube aufsteigenden Druck.

Sehr bald trat auch ein typisch hysterischer Krampfanfall auf und am nächsten Tage zeigte sich am linken Vorderarm wieder eine entzündete Hautstelle. Da auch diese den Eindruck einer arteficiellen Dermatitis machte, wurde das Bett der Pat. einer genauen Inspection unterzogen und ein grosses Stück rohes Aetzbatron gefunden, mit welchem die Pat., welche im Uebrigen an Analgesie und starker Geschmacksabstumpfung litt, sich die Verletzungen beigebracht hatte, weil sie angeblich an Hautjucken litt.

Als einzig möglichen Beweggrund nimmt S. eine Zwangshandlung an, da die Hysterie eine Psycho-Neurose ist.

Im Anschluss an den vorliegenden Fall warnt Verf. vor der Annahme eines hysterischen Fiebers, da ein solches immer auf Simulation zurückzuführen ist.

Kusick (Reval).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Alexander Schmidt: Zur Blutlehre. Leipzig. F. C. W. Vogel. 1892.

Es ist das Resultat einer zwanzigjährigen consequenten und mühsamen Forschung, die der Verf., welcher sich durch seine grundlegenden Entdeckungen über die Blutgerinnung schon längst einen europäischen Ruf erworben hat, hier der gelehrten Welt unterbreitet. Da die Ergebnisse der Schmidt'schen Forschungen zum grössten Theil in den Dissertationen seiner Schüler niedergelegt, oder besser gesagt, versteckt liegen, so sind diese Früchte eines unausgesetzten Fleisses bisher nicht so bekannt geworden, wie sie es verdienten. Schon lange war es daher ein dringendes Desiderat aller Physiologen, die Arbeiten Schmidt's und seiner Schule in autoritativer, zusammenhängender Form kennen zu lernen. Diesem berechtigten Wunsch ist Schmidt in dem Buch nachgekommen, das, mit Spannung erwartet, nunmehr vollendet vor uns liegt.

Es kann nicht unsre Aufgabe sein, ein vollständiges Referat des übergrossen Stoffes zu geben, der auf den 270 Seiten des Werkes zusammengedrängt ist. Dazu ist die Fülle der Thatsachen zu gross und die ganze Materie zu complicirt und schwierig. Wer sich mit derselben bekannt machen oder gar in sie eindringen will, muss das Original selbst, und zwar mit angestrengter Aufmerksamkeit lesen.

Wir können es uns aber doch nicht versagen, Einiges aus dem Inhalt des Buches anzudeuten, sei es auch nur, um das Interesse unserer Leser für diese originellen, viel bietenden und noch mehr versprechenden Forschungen unseres Dorpater Physiologen zu wecken und sie ahnen zu lassen, welcher Reichthum an neuen Anschauungen über das Leben des Blutes und der Zellen sich hier erschliesst.

Der Gang der Darstellung entspricht der historischen Entwickelung, den die Schmidt'schen Untersuchungen genommen haben. Dem entsprechend gehen sie von der Thatsache der Faserstoffgerinnung des Blutes aus. Durch Schmidt wissen wir, dass in einer Flüssigkeit die Faserstoffgerinnung stattfindet, sobald sie Folgendes enthält: 1) gewisse gelöste Eiweissformen oder Globuline (Paraglobulin und fibrinogene Substanz) als Material, aus welchem der Faserstoff entsteht. 2) ein specifisches Ferment als Mittel zur Umwandlung dieses Materials in einen in der Mutterflüssigkeit löslichen Eiweisskörper (flüssiger Faserstoff), zu dessen Eigenschaften es gehör., durch Neutralsalze aus der löslichen in eine unlösliche Modification (fester Faserstoff) übergeführt zu werden, 3) eine gewisse Menge von Salzen, als Mittel, um die eben erwähnte Ueberführung des fermentativen Umwandlungsproductes in die unlösliche Modification und damit seine Ausscheidung zu bewirken.

Diese Thatsachen sind schon lange bekannt und in alle Lehrbücher der Physiologie übergegangen. Schmidt sucht nun die Frage zu beantworten, woher das Ferment und woher die Eiweissformen stammen.

In Bezug auf das Ferment hat er nun festgestellt, dass dasselbe im Plasma des aus dem Gefässsystem entleerten Blutes aus einem im Plasma vorhandenen, an sich unwirksamen Mutterstoff abgespalten wird. Wie, und durch welche Kräfte und Stoffe wird nun aber diese Abspaltung bewirkt? Das ist die schwierige Frage, deren Lösung einen gewaltigen Aufwand von Scharfsinn und Arbeit gekostet hat. Wenn man in nicht geronnenes Blutplasma (spec. Pferdeblutplasma, dessen Gewinnung Schmidt uns gelehrt hat) Zellprotoplasma (Lymphzellen, Leukocyten, Leber- und Milzzellen, hämoglobinfreie Stromata rother Blutkörperchen etc.) hineinbringt, so bildet sich im Blutplasma das Fibrinferment; und da die übrigen Voraussetzungen zur Gerinnung, nämlich die beiden Globuline und der nöthige Salzgehalt im Plasma vorhanden sind, so erfolgt rasch die Gerinnung desselben. Das Zellprotoplasma als solches, am intensivsten aber die Lymphzellen und farblosen Blutkörperchen, haben also die Fähigkeit, die Abspaltung des Fibrinfermentes aus seiner Muttersubstanz zu bewirken.

Wenn nun Lymph- oder sonstige Körperzellen mit Alkohol extrahirt werden, so gelingt es aus denselben Stoffe abzutrennen und rein zu gewinnen, die ganz ebenso die Gerinnung des Blutplasma bewirken, wie die Zellen selbst. Die mit Alkohol extrahirten Zellen aber haben nunmehr ihre coagulirende Wirkung auf das Blutplasma verloren. Das alkoholische Zellenextract hat also aus den Zellen diejenigen Stoffe aufgenommen, auf die es bei der Gerinnung ankommt; wenn wir die im Blutplasma und folglich auch im Blut vorhandene Muttersubstanz des Fibrinfermentes als die Gebärerin des letzteren bezeichnen können, so lassen sich die durch Alkohol extrahirbaren Zellenbestandtheile als die Erzeuger des Fermentes ansehen. Schmidt nennt die letzteren deshalb zymoplastische Substanzen.

Aus dem mit Alkohol extrahirten Zellrest lässt sich aber weiter durch Auslaugung mit Wasser noch eine andre Substanz gewinnen und rein darstellen, die von Schmidt mit dem Namen Cytoglobin belegt worden ist. Dieses Cytoglobin wirkt ganz entgegengesetzt den zymoplastischen Substanzen; in's Blutplasma gebracht, vermag es die Faserstoffgerinnung zu verlangsamen, ja sogar vollständig zu unterdrücken. Als Antagonist der zymoplastischen Substanzen hebt das Cytoglobin die Wirkung derselben auf.

Durch Essigsäure lässt sich aus dem Cytoglobin das von Schmidt so genannte Praeglobulin abspalten, welches ganz ähnliche gerinnunghemmende Eigenschaften hat, wie das Cytoglobin, aber in seiner chemischen Constitution doch schon ziemlich weit vom Cytoglobin entfernt sein muss, da es die Ebene des polarisirten Lichtes nach links dreht, während das Cytoglobin rechtsdrehend wirkt.

Wenn man Zellenprotoplasma (Lymphzellen etc.) in Blutplasma hineinbringt, so wird von ersteren die zymoplastische Substanz abgespalten, welche ihrerseits wieder das Fibrinferment frei macht und so die Gerinnung des Plasma bewirkt. Das Blutplasma besitzt also die Fähigkeit spaltend auf das Protoplasma zu wirken — eine Fähigkeit, welche dem Blutserum, der Hydroceleflüssigkeit und allen übrigen Flüssigkeiten des Körpers mangelt. Es ist klar, dass durch die Aufdeckung dieses complicirten Gewebes von Wirkung und Gegenwirkung in der Lehre von der Blutgerinnung ein wichtiger Schritt vorwärts gethan ist.

Wie das isolirte Blutplasma im Reagenzglase, so wirkt nun auch das Plasma des lebenden Blutes im Gefässsystem des thierischen Organismus. Nun gewinnen wir einiges Verständniss für die gleichfalls von Schmidt entdeckten Thatsachen, dass, wenn man Protoplasma in Form von Lymphzellen, Leucocyten etc., oder zymoplastische Substanz in genügender Menge und Concentration, oder endlich das Fibrinferment selbst Thieren in die Blutbahn injicirt, dieselben rasch, ja momentan an Gerinnung und Thrombenbildung in allen Gefässen des grossen und kleinen Kreislaufes zu Grunde gehen. Durch alle diese Eingriffe wird direct oder indirect der Fermentgehalt des Blutes so stark erhöht, dass Gerinnung eintreten muss.

Es fragt sich nur, warum das Blut, welches doch spontan gerinnt, sobald es aus dem Gefässsystem entleert wird, nicht auch schon innerhalb der Blutbahn der Gerinnung unterliegt. Hier ist auf die Wirkung des Cytoglobin zurückzugreifen. Diese Substanz lässt durch Essigsäure Präglobulin, durch Erhitzen und durch Einwirkung von Alkalien andre eiweissartige Spaltungsproducte entstehen, welche, wie Schmidt zeigt, sämmtlich gerinnungswidrig wirken. Es ist nun der Gedanke wohl nicht zu kühn, dass im Verlauf des normalen Stoffwechsels fortwährend aus dem Zellprotoplasma der Körpergewebe Cytoglobin abgespalten und in den Kreislauf aufgenommen wird, das sich zwar im Blut sofort weiter zersetzt und als solches nicht nachweisbar ist, dessen Zersetzungsproducte aber im Blute kreisen, durch den permanenten Zufluss aus den Körpergeweben stets erneuert werden und durch ihre Anwesenheit die Gerinnung des Blutes hemmen und hindern. Im lebenden Blut hält sich so die Wirkung der zymoplastischen Substanzen und des vitalen Fermentgehaltes einerseits, und die Wirkung der die Gerinnung hemmenden Substanzen andrerseits das Gleichgewicht. Im Reagenzglase dagegen, wo der permanente Zufluss des Cytoglobin und seiner Derivate aufhört, gewinnen die zymoplastischen Substanzen, nun nicht mehr durch ihre Antagonisten gelähmt, sofort das Uebergewicht und die Möglichkeit das Fibrinferment frei zu machen und somit die Gerinnung des Blutes hervorzurufen.

Hier verlassen wir für einen Augenblick die Lehre von der Blutgerinnung und folgen dem Verfasser auf einen neuen Weg, der uns überraschende Ausblicke in den Chemismus der lebenden thierischen Zelle eröffnet.

Nachdem vom Zellprotoplasma durch Alkohol die zymoplastischen Substanzen und durch Wasser das Cytoglobin abgetrennt worden, bleibt ein unlöslicher Rest übrig, den Schmidt mit dem Namen Cytin belegt. Sowohl das Cytin wie das Cytoglobin stellen nun hochorganisirte Atomcomplexe dar, welche ihrer Zusammensetzung nach weit über allen bisher bekannten Eiweissstoffen des Thierleibes stehen. Es sind Substrate der lebenden Zellen, denen bisher noch Niemand auf die Spur gekommen ist; dass sie mehr sind als das uns jetzt relativ einfach erscheinende Eiweissmolekül, das beweist uns ihr Entdecker auf's Unzweifelhafteste. Aus dem Cytin lässt sich durch Na_2CO_3 Cytoglobin abspalten. Es muss also das Cytin als das erste Glied der Reihe angesehen werden. Aus dem Cytoglobinmolekül löst sich, wie wir sahen, weiterhin das Praeglobulin heraus, und aus diesem entsteht eine weitere Reihe von Zwischenproducten, aus denen sich als greifbares, relativ stabiles Glied das Paraglobulin erfassen lässt. Wenn man nämlich zum Blutserum oder zu nicht gerinnenden Transsudaten (Pericardialflüssigkeit) Cytoglobin oder Praeglobulin zusetzt, so wird dasselbe vermöge der spaltenden Kraft der genannten Flüssigkeiten bei alkalischer Reaction in Paraglobulin verwandelt. Es ist sicher, wie Schmidt zeigt, dass dieselbe Fähigkeit eine solche Umwandlung hervorzurufen auch dem lebenden Blut und dem Blutplasma zukommt, wenngleich der directe experimentelle Beweis hierfür im Blut und Plasma wegen der in ihnen eintretenden Gerinnung extra corpus nicht zu erbringen ist. Es ist ferner sicher, dass gleichsam als erster Act der Gerinnung aus einem Theil des Paraglobulin bei Gegenwart des Fibrinfermentes die fibrinogene Substanz wird, welche dann schliesslich unter der Wirkung des Fibrinfermentes in die Zwischenstufe des flüssigen Faserstoffes und bei Gegenwart der nöthigen Salze in die geronnene Modification des festen Faserstoffes übergeführt wird.

Wir überblicken also eine Reihe von Stoffen, von denen einer aus dem andern hervorgeht. Innerhalb des Gefässsystems kommt es freilich nur bis zur Bildung der fibrinogenen Substanz. Was weiter folgt sind Vorgänge der Gerinnung, die wir nur im absterbenden Blut beobachten. Und welche bedeutsame vitale Wirkungen sind an die hochorganisirten oberen Glieder dieser Reihe geknüpft! Sie sind es, die dem Blut die Gerinnungstendenz verleihen; sie sind es zugleich, die das lebende Blut dennoch flüssig erhalten. In diesem Verhalten erinnern sie lebhaft an die genetisch zusammengehörigen und gleichfalls durch Wirkung und Gegenwirkung mit einander verknüpften Toxine und Antitoxine, die wir als Producte andrer lebender Zellen, der pathogenen Mikroorganismen, kennen gelernt haben.

Das Fibrinferment, welches Verfasser von nun an mit dem Namen Thrombin belegt ist auch nach vollendeter Gerinnung im Blutserum vorhanden, so wie es auch vor der Gerinnung im Plasma und im circulirenden Blut, wenngleich in viel geringerer Menge, nachgewiesen werden kann. Es fragt sich nur, wo das Thrombin herstammt, und in dieser Bezeichnung weist Schmidt nach, dass die unwirksame Vorstufe oder Muttersubstanz des Fibrinfermentes, von ihm Prothrombin genannt, in grossen Mengen im Blutplasma und im circulirenden Blut präexistirt und zum grössten Theil und in letzter Linie aus dem Protoplasma der Organzellen und der farblosen Blutkörperchen herstammt. Aus dem Prothrombin wird durch die Wirkung der zymoplastischen Substanzen auch schon im circulirenden Blut das Thrombin abgespalten und dadurch der vitale Gehalt des lebenden Blutes an Thrombin oder Fibrinferment hergestellt. Warum diese Abspaltung in dem aus der Ader entleerten Blut plötzlich zunimmt, haben wir schon oben besprochen.

Zum Schluss kehrt der Verf. wieder zur Faserstoffgerinnung extra corpus zurück. Nach all dem, was bis hierher ausgeführt wurde, lässt sich nun sagen, dass dieselbe in drei auf einander folgenden Acten besteht, und zwar: 1) in der mit erhöhter Intensität sich fortsetzenden Abspaltung des Thrombins vom Prothrombin durch die zymoplastischen Substanzen; 2) in der Wirkung des Thrombins, welches die Spaltung des Paraglobulins und die Ueberführung der aus dieser Spaltung hervorgehenden fibrinogenen Substanz in flüssigen Faserstoff bewirkt, und 3) in der Fällung des letzteren durch die Plasmasalze in unlöslicher Modification.

Es geht aus unserem Referat hervor, dass die durch den regressiven Stoffwechselprocess «bei dem allmählichen Abbau der Zellen» frei werdenden und in's Blut gelangenden Stoffe hier noch weiter eine wichtige Rolle spielen und weiteren Spaltungen und Umwandlungen unterliegen, die ausserhalb der Gefässbahn schliesslich zur Blutgerinnung führen, innerhalb des Körpers dagegen mit der Bildung und Ausscheidung der bekannten letzten Stufen der regressiven Metamorphose, des Harnstoffes etc. ihren Abschluss finden.

Intravasculäre Injectionen von Cytoglobin und Praeglobulin haben gezeigt, dass diese Stoffe, auch abgesehen von ihren Beziehungen zur Blutgerinnung, als starke Gifte auf den Thierorganismus wirken, und dass daher ihre rasche Umsetzung im Blut zu niedern, unschädlicheren Substanzen eine Conditio sine qua non für den Bestand des Organismus ist. Wie den Bakterien ihre eignen Stoffwechselproducte verderblich sind, so scheint dasselbe Gesetz auch für die den Organismus der höhern Lebewesen zusammensetzenden Zellen und deren Ausscheidungen zu gelten.

Wir müssen es uns versagen auf die Resultate einzugehen, die der Verfasser durch die intravasculäre Injection von Lymphzellen, Eiter, Jauche und Wasser erlangt hat, obgleich gerade diese Versuche die interessantesten Streiflichter in das Gebiet des pathologischen Blutlebens fallen lassen. Wir hoffen, dass auch das Vorstehende den Leser davon überzeugt hat, dass das Schmidt'sche Werk Thatsachen von grundlegender Bedeutung und so weitreichender Tragkraft enthält, dass es auf weit hinaus einen Eckpfeiler in der Lehre vom Blut bilden wird.
Dehio.

S. Jessner (Königsberg i. Pr.): **Haut-Anomalien bei inneren Krankheiten.** Klinische Vorträge für Aerzte und Studirende. Berlin 1893. Verlag von August Hirschwald.

«Es scheint, sagt Verf. in seiner Einleitung, als ob über die complicirten Untersuchungsmethoden die einfachsten, nächstliegenden etwas in den Hintergrund gestellt sind, oft gar stiefmütterlich behandelt werden, als ob man zuweilen zu sehr in die Ferne schweift, um Nahes zu finden». Dieser Ausspruch des Verfassers ist in der That gerechtfertigt. Durch die verschiedenen, zuweilen recht complicirten chemischen und physikalischen diagnostischen Hülfswissenschaften von vornherein in Anspruch genommen, vergisst man zuweilen auch auf das Nächstliegende Rücksicht zu nehmen, so z. B. auf die einfache Adspection des Kranken, die recht häufig doch auf die richtige Fährte zu lenken vermag. Verfasser bemüht sich nun in seinen zwölf klinischen Vorträgen nachzuweisen, wie wichtig

das Studium der Hautveränderungen und der Anomalien der Körperoberfläche für das Verständniss und für eine richtige Beurtheilung vieler innerer Krankheiten sein kann. Die verschiedenen Veränderungen, die die Haut in Abhängigkeit von Krankheiten der Verdauungsorgane, der Athmungswege, des Herzens, der Nieren, des Nervensystems und von Infectionskrankheiten aufweist, werden in äusserst klarer und übersichtlicher Weise geschildert. Ganz besonders interessant und spannend ist die Beschreibung der Hautaffectionen bei den verschiedenen Krankheiten des centralen und peripheren Nervensystems; hier finden wir nicht nur die Anomalien der Sensibilität und Motilität der Haut hervorgehoben, sondern auch die verschiedenen Angioneurosen, secretorische Anomalien, Trophoneurosen, die neurotische Hyperplasie (Nervennaevi, Hautpapillome, Hauthypertrophie) und die neurotische Dystrophie (Herpes Zoster, Decubitus acutus) in klaren Zügen geschildert. Die Abhandlung ist wohl der warmen Empfehlung werth.

Abelmann.

A. Voll: Compendium der normalen Anatomie. Für Studirende und Aerzte. Mit 26 Abbildungen. Berlin 1893. Verlag von S. Karger.

In dem vorliegenden Büchlein sind alle mehr oder weniger wichtigen Thatsachen der descriptiven Anatomie und Histologie in klaren Zügen geschildert, dabei hat Verf. auch genügende Rücksicht auf die topographischen Verhältnisse genommen, so dass selbst dem Anfanger die Orientirung leicht wird, um so mehr als die schematisch gehaltenen Figuren das Verständniss schwieriger Thatsachen erleichtern. Ganz besonders lobenswerth ist der Abschnitt über die makro- und mikroskopische Anatomie des Nervensystems, ein Abschnitt, der bekanntlich dem Anfanger grosse Schwierigkeiten bereitet, und in der That in vielen Lehrbüchern der Anatomie sehr unklar geschildert wird.

Wir können das Büchlein nur bestens empfehlen.

Abelmann.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— In der «Bolnitschnaja Gazetta Botkina» Nr. 48 empfiehlt Torckinsky die Borsäure bei Typhus abdominalis; das Mittel soll nicht nur die Intensität des typhösen Processes mildern, sondern sogar abortive Wirkung enthalten. In 240 Fällen wurde die Borsäure innerlich verabreicht. Zunächst bekam der Kranke Ricinusöl mit Zusatz von 5—20 Tropfen Terpentinöl; nachdem die Obstipation beseitigt worden war, verordnete Verf. 3—4 mal täglich à 0,5—1,0 Borsäure in Pulvern oder in Lösung (Kindern 0,15—0,5) nach 3—5-tägiger Anwendung dieses Mittels fällt gewöhnlich die Temperatur etwas herab, der Meteorismus schwindet, die Durchfälle werden geringer und nehmen das normale Ansehen an; häufig treten Schweisse ein. In einigen recht hartnäckigen Fällen wurde die Borsäure combinirt mit Antifebrin oder Naphtalin, Chinin etc. gegeben. Auch bei Sommerdiarrhoe der Kinder hat sich das Mittel glänzend bewährt.

— Alumnol nennen Heinz und Liebrecht ein Aluminiumsalz einer Naphtolsulfosäure. Es bildet ein feines weisses Pulver, welches in kaltem Wasser leicht löslich ist. Die Substanz besitzt antiseptische und adstringirende Eigenschaften. In der chirurgischen Praxis wurde das Alumnol bei eiternden Flächen und Höhlenwunden mit Vortheil angewandt. Es gelangte als Spülmittel in 0,5—2 pCt. Lösung zur Anwendung, bei Geschwüren mit schlaffen Granulationen in 3—6 pCt.-iger Salbenform. Sehr gute Erfolge wurden bei der Behandlung der Endometritis gonorrhoica erzielt, wo es meist in 2—5 pCt. Stäbchen oder als Tamponade des Uterus mit in 10—20 pCt. Lösung getauchten Gaze angewendet wurde. In der Dermatotherapie erwies es sich besonders als Alumnolpflastermull und Alumnolfirniss sowohl gegen frische, als auch gegen chronische Infiltrationen der Haut von Nutzen. Sehr gute Erfolge sah Chotzen bei Tripper durch 3—4 mal täglich vorgenommene Injectionen von 6 ccm. einer 1—2 pCt. wässrigen Alumnollösung. Nach 3—6 Tagen waren die Gonococcen dauernd verschwunden. In 4 pCt. Lösung in das Auge geträufelt hebt es das heftigste Thränen für einige Minuten auf und erleichtert dadurch dem Arzt die Untersuchung. Therapeut. Monatshefte Nr. 12. 1892.

Dr. Friedrich Arnheim. †

Sonntag den 14. Februar in der Frühe des Morgens schied Dr. Friedrich Arnheim aus diesem Leben. — Die Nachricht seines plötzlichen Todes durchlief rasch die Kreise der Collegen, seiner zahlreichen Freunde, seiner ausgebreiteten Verbindungen und Praxis. — Sein scheinbar so unvermittelter Tod war ihm allein, dem erfahrenen Diagnosten nicht unerwartet. Oft hatte er in letzter Zeit denselben mit Sicherheit vorausgesagt, und in den letzten Tagen Worte des Abschieds an Näherstehende gerichtet. — Noch Tags zuvor war er in scheinbarer Vollkraft seinen ausgebreiteten Berufsarbeiten nachgegangen und hatte sich mit gewohntem Interesse den Fragen des Hospitalslebens gewidmet, in welchem er die ganze ihm zugemessene Zeit seines Wirkens zugebracht.

Um den Dahingegangenen trauern die weiten Kreise, in denen er als Arzt geliebt und verehrt wurde, — seine zahlreichen Freunde, — die Fachgenossen, unter denen er als strebsamer und gediegener Forscher einen verdienten Namen hatte, — und der engere Kreis seiner Mitarbeiter im Hospitalsleben, die erschüttert auf die ungewohnte unausfüllbare Lücke des dahingegangenen Gliedes schauen, welches ihre Reihe zu einem festen Ganzen zusammenschloss.

Dr. Friedrich Arnheim, geboren den 24. Juli 1845 zu St. Petersburg, bezog nach Beendigung der St. Petri-Kirchenschule, für die er während seines ganzen späteren Lebens die dankbarste Erinnerung bewahrte, im September 1862 die Kaiserliche medico-chir. Academie, deren Kurse er im December 1867 beendigte. Am 22. Mai 1868 trat er als ausseretatmässiger Ordinator in das klinische Elisabeth-Kinder-Hospital ein, welches in Bau und Einrichtungen damals noch seiner vollständigen Beendigung entgegensah. Bis letztere erfolgt war, wurde er der therapeutischen Klinik des Prof. W. E. Eck zukommandirt; nach Uebergang letzterer Klinik an Prof. E. E. Eichwald, hatte er in der Eigenschaft eines Assistenten des Letzteren Krankenempfang an der Maximilianowschen Heilanstalt. In den Herbst 1870 fällt der Anfang seines Wirkens am Elisabeth Kinderhospital.

Jetzt begann für den jungen Arzt eine zwar schwere, aber lehr- und erfolgreiche Thätigkeit. — Der geringe Bestand der damals am Hospitale beschäftigten Mitarbeiter stellte an ihn die grössten Anforderungen praktischer Arbeit in den verschiedensten Disciplinen, zugleich thatkräftigsten Zusammengehens und Zusammenwirkens mit dem Oberarzte, dem die Einrichtungen des Hospitals und die Erweiterungen des in der ersten Entfaltung begriffenen Institutes oblagen. — In hingebender Arbeit für die Entwickelung und das Gedeihen der Anstalt verwuchs Arnheim mit den Interessen derselben so innig, dass er sein Wirken am Elisabeth-Kinderhospital als älterer Ordinator bis an seinen Tod nicht aufgegeben hat, — auch nachdem sich ihm weitere Wirkungskreise als Leiter erschlossen. — In diese Zeit angestrengtester Thätigkeit und materieller Sorgen fallen die ersten Vorbereitungen zum Doctorexamen. Mit Dankbarkeit und innerer Genugthuung erinnerte sich der Dahingeschiedene stets aus dieser Periode seines Lebens der hohen Gründerin des Elisabeth-Kinderhospitals, Ihrer Kaiserlichen Hoheit, der in Gott ruhenden Grossfürstin Helene Pawlowna und des Hoffräuleins derselben, der hochverehrten verstorbenen Baronesse Edith von Rahden, — und oft recurrirte er in seinen Erzählungen auf den bedeutenden und wohlthuenden Einfluss, welche die Genannten auf seine Thätigkeit und seine weitere Entwicklung genommen.

Nach bestandenem Doctorexamen wählte Arnheim ein klinisches Thema zum Gegenstand seiner Dissertation, über den Kroup der Kinder, eine patholog. anatomische, histologische und experimentelle Studie, welche er 1876 vertheidigte und welche nach mehrfachen Ergänzungen in deutscher Sprache im Jahrbuch für Kinderheilkunde N. F. XII Wiedergabe fand. — Im Jahre 1878, in welches die Pockenepidemie fällt, wendet sich Arnheim dem Studium der Blutbeschaffenheit während einiger acut exanthematischer Krankheiten zu, für welche ihm die Abtheilung für Infectionskrankheiten des El.-K.-H. ein reiches Material bot. Aus dieser Zeit stammt seine Arbeit «Ueber den Haemoglobingehalt des Blutes in einigen acuten exanthematischen Krankheiten der Kinder», im Jahrbuch für Kinderheilkunde N. F. XIII. Nach Beendigung dieser Arbeit unternahm Arnheim eine Reihe Untersuchungen über Fieberbewegung. Die erste derselben lautete «Ueber die Wärmeabgabe der Haut, Verdunstung und den Blutdruck während verschiedener fieberhafter Krankheiten.» «Объ отдачѣ тепла кожею, объ испаренія воды и о кровяномъ давленіи въ разныхъ лихорадочныхъ болѣзняхъ». Врачъ 1882 г. № 35. — In eingehenderer und umfassenderer Weise wird dasselbe Thema von ihm in einer 2. Arbeit «Ueber das Verhalten des Wärmeverlustes, der Hautperspiration und des Blutdruckes bei verschiedenen fieberhaften Krankheiten» in der Zeitschrift für klinische Medicin Band V, Heft 3 behandelt. — Ende December 1885 hatte Arnheim Gelegenheit, auf dem ersten Congresse der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken Pirogow's 2 interessante Mittheilungen über seine letzten Studien zu machen, zunächst über Hautperspiration und Wärmeverlust bei theilweiser Firnissung der Haut gesunder Leute. «О кожной перспирацiи и объ отдачѣ тепла при частичномъ смазыванiи кожи здоровыхъ людей». Врачъ 1886 г. № 9, — ferner über einen neuen Thermogalvanometer für Messungen des Wärmeverlustes durch die Körperoberfläche. Новый термогальванометръ для измѣренія отдачи тепла поверх-

ностію человѣческаго тѣла..» Врачъ № 10 и 11. 1886 г. und Zeitschrift für klin. Medicin. Bd. XII, Heft 3. Eine genaue Besprechung und Beschreibung des von Arnheim vorgeschlagenen Thermogalvanometer, der eine Vervollkommnung und Erleichterung in der Untersuchung des Wärmeverlustes zum Zwecke hat, findet sich in der Wiener Medicinischen Presse 1886 von dem Wiener Prof. Lewandowsky unter dem Titel: «Die Elektricität im Dienste der Körperwärmebestimmung», und in der Zeitschrift für Elektrotechnik 1886 Heft X, endlich in dem Lehrbuche Lewandowsky's über die Elektrodiagnostik.

— Weiter bemüht durch einen portativen und handlichen Apparat die Messung des Wärmeverlustes dem praktischen Arzte am Krankenbette zugänglich zu machen, construirt und beschreibt Arnheim einen von ihm Thermopheugoskop genannten leicht verwendbaren Apparat. Врачъ 1888 № 6 und Berliner klin. Wochenschrift 1888 № 47, medicinischer Kalender 1890, Brochüre von Heidenreich über die ärztliche hygienische Ausstellung in St. Petersburg im J. 1889, Lehrbuch des Prof. Kotowschtschikow Leitfaden klinischer Methoden der Untersuchungen bei inneren Krankheiten.

Auf dem 3. Congresse russischer Aerzte trägt Arnheim eine neue Methode der Untersuchung fiebernder Kranker und antifebriler Mittel vor». «Новый методъ изслѣдованія лихорадочныхъ больныхъ и жаропонижающихъ средствъ». Дневникъ 3 съѣзда № 2 стр. 53.

In letzter Zeit hatte er sich der Herstellung eines neuen thermoelektrischen Apparates gewidmet, der seine Vollendung erreichte und fertig dasteht, für thermische Messungen an der Körperoberfläche. Sein jäher Tod verhinderte ihn an weiterer Anwendung und weitergehenden Beobachtungen mittelst des eben vollendeten, noch nicht mitgetheilten Instrumentes. Diese und andere wissenschaftlichen Arbeiten, die er in Aufzeichnungen hinterlassen, harren einer Bearbeitung und Veröffentlichung durch eine andere Hand. — Arnheim gehörte dem deutschen ärztlichen Verein, dem allgemeinen Verein St. Petersburger Aerzte und dem pädiatrischen Verein, dessen Vicepräsident er gewesen, an. Eine Reihe interessanter Vorträge in den genannten Vereinen zeigen die rege Theilnahme, die er denselben zuwandte.

Es ist ein weites Feld der physikalischen Diagnostik, welches der Verstorbene in seinen unermüdlichen Forschungen betreten. Seine Arbeiten überschreiten fast die dem praktischen Arzte meist gezogenen Grenzen eines wissenschaftlich productiven Schaffens. Wer aber participirend den Arbeiten Arnheims in seinem Cabinete oder am Krankenbette beigewohnt, verstand es, dass er bald einen Kreis jüngerer Collegen um sich versammelt hatte, welche unter seiner Leitung eine Reihe wissenschaftlicher Arbeiten und Dissertationen im Elisabeth Kinderhospital geschrieben.

Seine wissenschaftlichen Interessen veranlassten Arnheim zu zahlreichen Reisen ins Ausland, wo er die verschiedensten wissenschaftlichen Verbindungen anknüpfte, welche er in der lebhaftesten Weise bis zuletzt unterhielt.

Vom Herbste 1878 bis zum Frühling 1891 vertrat Arnheim den Posten eines Lehrers an der Schule der ärztlichen Gehilfinnen und Felscherinnen für das Fach der Kinderkrankheiten, eine Thätigkeit, der er sich mit grösster Hingabe widmete und erst bei seiner Ernennung zum Direktor der Maximilianowschen Heilanstalt aufgab.

Jetzt begann eine neue, ebenso schwierige wie erfolgreiche Thätigkeit des Verstorbenen. Es galt an Stelle vieles obsoleten neue Verhältnisse und einer neuen Zeit accomodirte Einrichtungen zu schaffen, eine Aufgabe, der Arnheim in der kurzen Zeit, die ihm zugemessen war, nach Massgabe des Möglichen gerecht geworden ist. Sein in einem über 20 Jahre sich erstreckenden Hospitaldienste gesammeltes reiches Erfahrungsmaterial fand hier ein weites Feld der Verwerthung.

Seit einiger Zeit constatirte der Verstorbene Symptome an sich, über die er keinen Augenblick im Zweifel war, und welche er auf Herz und Gefässdegenerationen zurückführte. Wie die von ihm selbst gewünschte Section ergab, war sein plötzlicher Tod auf ausgebreitete atheromatöse Degenerationen des Gefässsystems und hochgradige Veränderungen am Herzen, besonders des Herzmuskels zurückzuführen. Es handelte sich um ein hypertrophisches Herz, eine universelle Arteriosklerose, um Arteriosklerosis der Coronararterien, in Folge dieser Zustände um eine hochgradige Myomalacie des Herzens, und embolische Schrumpfnieren. Diesen pathologischen Befund hatte er genau selbst an sich bestimmt und vorausgesagt. Trotz der festen Ueberzeugung, dass die Stunde des Scheidens aus diesem Leben herangenaht, widmete er sich unverändert seiner Berufsarbeit weiter bis zum Abend des 13. Februar, wo er sich bei anbrechender Nacht, die seine letzte sein sollte, zur Ruhe begab. Der anbrechende Tag fand ihn nicht mehr unter den Lebenden.

Aber trotz hervorragender Leistung schliesst sich wenigstens für das äussere Auge eine Lücke in der Reihe, die durch das Scheiden eines Heimgegangenen entstanden. — Es tritt aber aus dem Rahmen des Häufigen und Gewohnheitsmässigen heraus und wird zur Sonderheit, — wenn alle, die mit dem zu früh Dahingegangenen gelebt und gearbeitet bis auf den Letzten sich in dem Gefühle des Schmerzes vereinigen, dass ein Mann aus ihrer Mitte geschieden, der als treuer Freund und unverbrüchlicher parteiloser Berufsgenosse nur schwer einen Ersatzmann finden kann. — Viel Erfolge hat ihm das Leben gewährt. — Sie wiegen aber nicht schwerer als die heissen Thränen, die an seinem Grabe geweint wurden. In selbstloser Opferfreudigkeit, die Mitwissenschaft Anderer scheuend, hat seine Hand viel Gutes gethan, bis zum Augenblick, da sie todesmüde herabsank. — Sein grader Sinn, der allen krummen Wegen Todfeind war, sein offenes furchtloses Wort, es entsprang aus der Unmittelbarkeit seines entwickelten Ehr- und Rechtsgefühls. Nicht wurde ihm Liebe in reichlichem Mass zu Theil, weil er die Fehler und Schwächen des Nächsten mit zarter Rücksicht schonte, sondern weil er in Augenblicken des Handelns als treuer unerschrockener und opferfreudiger Berufsgenosse voranstand und weil er das offene Wort aus offener Seele sprach. Was aber von Herzen kommt, das geht zu Herzen.

Aber die Form mag zerfallen. — Wir danken ihm Alle das Beispiel eines guten Menschen, einer unverbrüchlichen Collegialität, einer reinen edlen Gesinnung, — und wenn schon lange der Grabhügel seine Hülle deckt, — das Andenken an Friedrich Arnheim bleibt unvergessen. —s.

Vermischtes.

— Am 19. Februar fand hierselbst die feierliche Enthüllung der vor dem städtischen Alexanderhospital (gegründet 1861) errichteten Büste des Zar-Befreiers statt. Die Bronzebüste ruht auf einem hohen Granitpiedestal, an dessen Vorderseite sich die Inschrift «Kaiser Alexander II., dem Gründer des Krankenhauses» befindet, auf der rechten Seite «Errichtet von der städtischen Communalverwaltung im Jahre 1892» und auf der linken Seite: «Das Krankenhaus ist zum Andenken an den 19. Februar 1861 gegründet».

— Das Medicinaldepartement macht bekannt, dass im Hinblick auf den Wunsch vieler Landschaften, ihnen Aerzte, Studenten und Feldscher zuzusenden, das Ministerium des Innern angeordnet habe, den Aerzten bis zu 200 Rbl., den Studenten bis zu 100 Rbl. und den Feldschern bis 75 Rbl. Vorschuss zu gewähren unter der Bedingung, dass die Auslagen von denjenigen Institutionen, welche sich die betreffenden Personen haben kommen lassen, dem Ministerium sofort zurückerstattet werden.

Das Medicinaldepartement fordert die betreffenden Institutionen, welche die obengenannten Personen brauchen, auf, genau ihre Bedingungen mitzutheilen.

— Wie die «St. Pet. Wedomosti» erfahren, soll der Entwurf, betreffend die ärztlichen Honorare nach einer Umarbeitung im Medicinaldepartement Ende März dem Reichsrath vorgelegt werden.

— Der «Revalsch. Ztg.» zufolge, sind am 31. Januar 1893 vom Gehülfen des Ministers des Innern die Statuten der stationären Klinik der DDr. W. Greiffenhagen, M. v. Middendorf, E. v. Rennenkampf und W. Knüpfer in Reval bestätigt worden.

— Verstorben: 1) Am 16. Februar in Moskau der Ordinator des dortigen Gefängnisshospitals S. N. Tschernyschew, ein noch junger Arzt. Er hat seinen greisen Vater und seine kranke Mutter ganz mittellos hinterlassen. 2) Im Flecken Smjela (Gouv. Kiew) der dortige Arzt Julius Bundel im Alter von 68 Jahren. Der Hingeschiedene, welcher sich speciell mit der Chirurgie beschäftigte und schon 26 Jahre in Smjela prakticirte, erfreute sich allgemeiner Liebe und Achtung unter der örtlichen Bevölkerung. 3) Am 14. Februar in Moskau der praktische Arzt Wl. Wolgorodski im 54. Lebensjahre.

— Der bekannte Gynäkologe, Prof. Späth in Wien, welcher in Folge Erblindung 1885 in den Ruhestand trat, begeht am 13. März n. St. seinen 70. Geburtstag. Seine ehemaligen Schüler haben beschlossen, diesen Geburtstag ihres beliebten Lehrers und verdienstvollen Arztes festlich zu begehen.

— Die Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, welche wie alle anderen Wanderversammlungen im vorigen Jahre in Folge des Auftretens der Cholera ausfiel, wird in diesem Jahre vom 25.—28. Mai in Würzburg stattfinden. Es ist die diesjährige Versammlung auf einen früheren Termin verlegt worden, da dann eine etwaige Störung durch die Cholera weniger zu befürchten sein dürfte. Themata und Referenten sind dieselben geblieben wie im vorigen Jahre. Wahrscheinlich wird aber noch eine Besprechung der «Vorbeugungsmaassregeln gegen die Cholera» auf Grund der vorigjährigen Erfahrungen auf die Tagesordnung gesetzt werden.

— Am 20. Februar fand im Saale der Duma die III. Jahresversammlung der ärztlichen Gesellschaft zur gegen-

seitigen Hilfe (врачебное общество взаимной помощи) statt. Nachdem der Präsident Dr. Ebermann die Versammlung begrüsst, wurde Prof. Dr. Ott zum Ehrenpräsidenten der Sitzung erwählt. Es folgte die Verlesung des Protokolls der vorigen (ausserordentlichen) Sitzung — durch Dr. Ssirotinin, des Berichtes über die Thätigkeit der Gesellschaft im Jahre 1892 — durch Dr. Petersen und des Cassaberichtes für 1892 — durch Dr. Trojanow. Aus den Berichten ist unter Anderem folgendes zu entnehmen: die Gesellschaft zählte am 1. Jan. 1893: 717 Mitglieder. Zu den bisherigen 2 provincialen Zweigvereinen (отдѣленія) sind im Berichtsjahre 6 hinzugekommen und sind 3 in Bildung begriffen, im Ganzen also wird es bald 10 Zweigvereine in der Provinz geben. Entsprechend den Statuten der Gesellschaft sind mehrfach, wenn auch bescheidene Geldunterstützungen den Angehörigen verstorbener Collegen zu Theil geworden; in anderen Fällen hat der Vorstand der Gesellschaft solche Unterstützungen von anderer Seite erwirkt. Der juristische Vertreter der Gesellschaft, Rechtsanwalt Leontjew hat mehrfach Gelegenheit gehabt, das Interesse des ärztlichen Standes oder einzelner Collegen vor Gericht oder durch Androhung eines gerichtlichen Verfahrens erfolgreich zu vertreten. Das Ehrengericht ist im Berichtsjahre 3 mal zusammengetreten. Von den in der Versammlung gefassten Beschlüssen sind die folgenden besonders zu erwähnen: die Gesellschaft macht sich zur Aufgabe, das Interesse sämmtlicher Aerzte, auch solcher, die nicht Mitglieder der Gesellschaft sind, nach Kräften zu mehren und zu fördern; Unterstützungen in baarem Gelde aber sollen nur Mitgliedern und deren Angehörigen gewährt werden. Das Capital der Gesellschaft wird in folgender Weise getheilt: 1) Grundcapital (основной капиталъ) 2) Capital zur Unterstützung von Hinterbliebenen in Epidemien gefallener Aerzte (auf den Namen des erschlagenen Dr. Moltschanow). 3) Bewegliches Capital (подвижной капиталъ) aus dessen Zinsen jährlich die Unterstützungen und anderweitige Ausgaben bestritten werden. In Fällen, wo ausständige Honorare durch den Advokaten der Gesellschaft eingetrieben wurden, sind 10 pCt. der eingetriebenen Summe der Gesellschaft zuzuwenden. Eine Commission wird damit betraut, zur Vermehrung der Geldmittel der Gesellschaft öffentliche Vergnügungen, Concerte, Vorlesungen etc. zu arrangiren. Die bisherigen Ehrenrichter wurden sämmtlich per acclamationem wieder gewählt. Es folgten die Berichte der Revisionscommission und der Commissionen in Sachen eines Consumvereins und einer collectiven Lebensversicherung.

— Die Landschaftsversammlung des Kreises Nowy-Usen (Gouv. Ssamara), hat der Mutter des Dr. Ssobolew, welcher ein Opfer der Cholera wurde, auf ihre Bitte eine lebenslängliche Pension im Betrage von 60 Rbl. jährlich ausgesetzt und dem Bruder des Verstorbenen, einem Studenten des Charkowschen Veterinärinstituts, ein Stipendium von 300 Rbl. bewilligt. Ausserdem beschloss obige Versammlung, dem Arzt und den Feldschern, welche bei den Choleraкrawallen in dem Hakelwerk Pokrowskaja Verluste gehabt haben, eine einmalige Geldunterstützung zukommen zu lassen.

— Die Wjatka'sche Gouvernements-Landschaftsversammlung hat beschlossen, das Leben des gesammten medicinischen Personals der Landschaft gegen die Cholera zu versichern. Die Familie eines jeden Arztes und Feldschers wird im Falle des Todes desselben an der Cholera von der Landschaft durch ein in der Reichsbank deponirtes Capital sichergestellt, dessen Procente alljährlich der Familie des Verstorbenen ausgezahlt werden. Die Familie eines Arztes erhält die Zinsen eines Capitals von 5000 Rbl., die Familie eines Feldschers und einer Feldscherin die Zinsen eines Capitals von 1000 Rbl. Hat der Arzt oder der Feldscher bereits über 10 Jahre im Dienst der Landschaft gestanden, so bezieht die Familie des ersteren die Zinsen von einem Capital im Betrage von 8000 Rbl., die Familie des letzteren die Zinsen von 1600 Rbl. Die Zinsen von diesen Capitalien werden den Frauen der Verstorbenen bis zu ihrer Wiederverheirathung und den Söhnen und Töchtern bis zu ihrer Volljährigkeit oder Verheirathung der Letzteren gezahlt. Auch die Familie des Inspectors des Gouvernements-Landschaftshospitals wird durch die Zinsen eines Capitals von 3000 Rbl., ebenso wie des Geistlichen durch die Zinsen von 1500 Rbl., die Familien der Aufseher von 900 Rbl. und die der Krankenwärterinnen, Diener und Wäscherinnen durch die Zinsen von 450 Rbl. im Falle des Todes des Ernährers an der Cholera sichergestellt. (Wolshski W.-Wr.).

— In Berlin ist der vormalige Ingenieur-Capitän Charles T. Liernur, der Erfinder des bekannten viel besprochenen Systems der Städtereinigung, das gewöhnlich kurz mit dem Namen des Erfinders bezeichnet wird, gestorben. Sein System hat in Holland und in Prag Eingang gefunden, in Berlin wurden seine Vorschläge aber zurückgewiesen. Liernur war zuletzt Director des internationalen hygienisch-technischen Instituts für Städtereinigung in Berlin.

— In New-York hat der Hungerkünstler Jacques (Franzose) sein 50 tägiges Fasten vor Kurzem beendigt. Er hat in dieser Zeit 32¼ Pfd. an Körpergewicht verloren, dagegen an Körperlänge 1¼ Zoll zugenommen. Diese Längenzunahme ist auch bei seinen früheren Hungerversuchen beobachtet worden; sie schwindet aber, sobald er wieder Nahrung zu sich nimmt. In den letzten 3 Tagen seines Hungerns hat J. an Fieber und Schlaflosigkeit gelitten und ist der Allgemeinzustand ein recht miserabler gewesen.

— Von Dr. Börner's Reichs-Medicinal-Kalender für Deutschland (Jahrg. 1893), dessen ersten Theil wir bereits früher besprochen haben, ist uns nun auch der II. Theil, welcher gewöhnlich später erscheint, zugegangen. Der uns vorliegende II. Theil hat seine bewährte Anordnung beibehalten und umfasst die wichtigsten sanitären Gesetze und Verordnungen für das Gesundheitswesen des deutschen Reiches, die Organisation des ärztlichen Standes in Deutschland, die medicinischen Facultäten des deutschen Reiches, Deutsch-Oesterreichs, der deutchen Schweiz und der russischen Ostseeprovinzen, sowie die mit ihnen verbundenen klinischen Anstalten, medicinischen und naturwissenschaftlichen Institute und Sammlungen, die Personalien des deutschen Civil und Militärsanitätswesens, Statistik der Aerzte, Apotheken und Heilanstalten im Deutschen Reiche u. dergl. m.

Die Redaction hat sichtlich alles aufgeboten, um alle diejenigen Ergänzungen, Neuerungen und Veränderungen welche naturgemäss dieser Theil erfahren muss, in erschöpfender, wie zuverlässiger Weise herbeizuführen, sodass sich wohl kaum ein zweites derartiges Unternehmen an Vollständigkeit u. Zuverlässigkeit mit diesem messen kann. Bf.

— In Wien sind im Institut für experimentelle Pathologie des Prof. Stricker neuerdings wieder interessante Versuche mit dem Verschlucken von Cholerabacillen ausgeführt worden. Wie Dr. Hasterlik in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 24. Febr. d. J. Mittheilung machte, haben in dem erwähnten Institute vier Personen freiwillig Reinculturen von Kochschen Commabacillen ohne erhebliche schädliche Folgen zu sich genommen. Die Menge schwankte zwischen einer ganz geringen Quantität bis zu einer ganzen Gelatinestichcultur. In 2 Versuchen wurde vor der Aufnahme der Cultur 100 Grm. einer einprocentigen Lösung von Natrium bicarbonicum gereicht. Dreimal blieben Folgeerscheinungen gänzlich aus, zweimal traten Diarrhöen mässigen Grades auf. In drei Versuchen konnten in den ersten Tagen aus dem Stuhle Cholerabacillen gezüchtet werden.

Prof. Drasche theilt im Anschluss daran, ohne weitere Folgerungen daraus zu ziehen, die Beobachtungen mehrerer Autoren aus der letzten Choleraepidemie mit, nach welchen in den Leichen trotz zweifellos angenommener Cholera asiatica entweder gar keine Cholerabacillen oder andere Mikroorganismen gefunden wurden. (Wien. med. Pr.)

— Da der Preis für Dr. Unnas dermatologische Preisaufgabe im vorigen Jahre nicht ertheilt werden konnte, so wird dieselbe für dieses Jahr noch einmal ausgeschrieben. Der Preis beträgt dieses Mal das Doppelte des vorigen, d. h. M. 600. Die Preisaufgabe für dieses Jahr lautet also: Schwund und Regeneration des elastischen Gewebes der Haut unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen. Bewerbung ist unbeschränkt. Die Arbeit ist bis Anfang December 1893 bei der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss, Hamburg, Hohe Bleichen, einzureichen. Die Herren Prof. Klebs und Hoyer haben auch für dieses Jahr es übernommen, die einlaufenden Arbeiten zu prüfen. Genauere Bedingungen und Mittheilungen über die Preisaufgabe sind von genanntem Verlage zu beziehen.

— Die Cholera ist in vielen Gegenden Russlands trotz der überaus strengen Kälte und der grossen Schneemassen nicht erloschen, wenn auch längere Zeit keine sicheren Nachrichten über dieselbe zu erlangen waren. Erst neuerdings hat der «Regierungs-Anzeiger» nach monatelanger Pause einen Bericht über den gegenwärtigen Stand der Choleraepidemie gebracht. Diesem Berichte zufolge herrscht dieselbe noch immer in 14 Gouvernements Russlands. Am stärksten ist noch Podolien von der Seuche heimgesucht: Es erkrankten dort vom 28. December 92 bis 16. Jan. d. J. 586 und starben 196 Personen. Die nächstgrösste Zahl von Erkrankungen und Todesfällen an der Cholera weist das Gouvernement Kiew auf, wo vom 28. Decemb. 92 bis 24. Jan. d. J. 144 Personen erkrankten und 44 starben. Es folgen dann mit geringeren Erkrankungs- und Sterblichkeitsziffern die Gouvernements Bessarabien (4—19. Jan. 43 Erkrank. und 21 Todesf.), Jekaterinoslaw (41 resp. 23), Pensa (28. Dec.—25. Jan. 42 resp. 18), Ufa, Dongebiet, Woronesch, Tambow, Samara, Ssaratow, Sakatalsker Gebiet, Tobolsk und Orel.

Aus Deutschland sind in der letzten Zeit keine Cholerafälle gemeldet worden.

In Marseille herrscht die Cholera immer fort und zwar viel stärker, als officiell gemeldet worden, da viele Aerzte die in ihre Behandlung kommenden Fälle überhaupt nicht oder unter nicht richtiger Bezeichnung der Krankheit anzeigen.

Die Influenza ist in Kopenhagen noch in Zunahme begriffen. In Stockholm sind 200 Schüler an der Influenza erkrankt.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 13. Februar d. J. 6544 (268 mehr als in der Vorwoche), darunter 141 Typhus — (9 mehr), 725 Syphilis — (21 mehr), 80 Scharlach — (2 weniger) 10 Diphtherie — (wie in der Vorwoche), 14 Masern — (6 mehr) und 19 Pockenkranke (4 mehr als in der Vorwoche).

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 21. Febr. d. J. 6548 (4 mehr als in der Vorwoche), darunter 156 Typhus — (15 mehr), 724 Syphilis — (1 weniger), 86 Scharlach — (6 mehr), 15 Diphtherie — (5 mehr), 16 Masern — (2 mehr) und 22 Pockenkranke — (3 mehr als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Im Kreise Tichwin (Gouv. Nowgorod) ist die Stelle eines Landschaftsarztes zu besetzen. Gehalt 1200 Rbl. jährlich. Zu melden bei der «Тихвинская Земская Управа» unter Beifügung von Empfehlungen von Professoren oder Vorgesetzten.

2) Im Kreise Sudogda (Gouv. Wladimir) ist der Posten eines Landschaftsarztes erledigt. Gehalt 1200 Rbl. jährlich. Adresse: «Судогодская Земская Управа».

3) Für den Kreis Fatesh (Gouv. Kursk) wird ein Landschaftsarzt gesucht. Gehalt 1200 Rbl., Fahrgelder 200 Rbl. u. Quartiergeld 100 Rbl. Adresse: «Фатежская Земская Управа».

4) Die Saratow'sche Gouvernements-Landschaft sucht zur Bekämpfung der Diphtherie für sofort 5 Aerzte, zum 15. März 15 Aerzte und zum 1. Mai 30 Aerzte oder Studenten des V. Cursus. Gehalt den Aerzten 200 Rbl. monatlich, zugleich wird ihr Leben auf 3000 R. versichert; die Studenten 150 Rbl. monatlich und wahrscheinlich auch Versicherung ihres Lebens. Die Reisekosten trägt die Landschaft.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 14. Februar bis 20. Februar 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
295	236	531	94	38	82	6	5	14	61	48	56	49	42	26	10	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 7, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 3, Scharlach 17, Diphtherie 4, Croup 1. Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 18, Erysipelas 4. Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 118, Tuberculose anderer Organe 8, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 32, Marasmus senilis 29, Krankheiten des Verdauungscanals 37, Todtgeborene 31.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 2. März 1893.

Tagesordnung: Dr. Huljanizky: Ueber Lepra des Auges.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 8. März 1893.

Довв. ценз. Спб. 26 Февр. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 10 St. Petersburg, 6. (18.) März 1893

Ueber Magenblutungen in der Gravidität.

Vortrag, gehalten in der med. Gesellschaft zu Dorpat am 18. Nov. 1892.

Von

Dr. med. Robert Koch.

Es ist bekannt, dass im Verlaufe der Schwangerschaft acute und chronische Krankheiten vorkommen, welche sowohl den mütterlichen Organismus als auch die Frucht gefährden können. Ich übergehe die einzelnen Krankheiten, die das Leben der Mutter und der Frucht gelegentlich in Frage stellen, sie bieten zum Theil kaum etwas Bemerkenswerthes, zum Theil beanspruchen sie ihr eigenes Kapitel.

Eine sehr bedenkliche Erkrankung in der Schwangerschaft ist das übermässige Erbrechen — die Hyperemesis. Es kann dasselbe in einzelnen Fällen ohne nachweisbaren Grund einen Grad erreichen, der die extremsten Ernährungsstörungen und selbst die Unterbrechung der Gravidität zur Folge haben kann. Andrerseits wird hartnäckiges Erbrechen durch Magengeschwüre verursacht, Erosionen der Magenschleimhaut und Ulcus peptic. rotund. und kann namentlich durch den Blutverlust auf den Fortgang der Schwangerschaft einen störenden Einfluss ausüben.

Ich habe nun zwei hierher gehörige Fälle in meiner Praxis beobachtet, von denen der eine namentlich in therapeutischer Beziehung mir und mehreren Collegen grosse Schwierigkeiten bereitete; und gerade einige Gesichtspunkte, die unsere Therapie in derartigen Fällen bestimmen können und sollen, möchte ich heute besprechen. Dass wir die profusen lebenbedrohenden Magenblutungen in der Gravidität durch unsre gewöhnlichen Mittel ebenso gut und schlecht zu stillen im Stande sind, wie sonst, liegt auf der Hand, anders steht es aber mit der Beantwortung der Frage, ob wir erwarten können, durch Einleitung der Frühgeburt der gefahrdrohenden Haematemesis in der Gravidität Herr zu werden. Magengeschwüre — nach Uterusruptur intra partum, — die am 4. u. 5. Tage post partum durch Perforation den Exitus letalis herbeigeführt, sind beobachtet worden, ebenso perforirende Magengeschwüre im septischen Puerperium beschrieben worden; aber Magenblutungen während der Gravidität, die durch ihren profusen Blutverlust zu den ernstesten Besorgnissen für das Leben der Gravida Veranlassung gegeben haben, fand ich in der Literatur nicht erwähnt. Man sollte somit glauben, dass durch die Gravidität besondere Verhältnisse nicht gegeben sind, die bei der Behandlung der Magenblutungen in Betracht gezogen werden müssten.

Ehe ich zur Beantwortung der Frage übergehe, ob die intraabdominellen Blutdruck- und Circulationsverhältnisse während der Gravidität verändert sind, ob und wie dieselben durch die erfolgte Frühgeburt beeinflusst werden können, will ich zuerst kurz über die beiden von mir beobachteten Fälle von Magenblutungen in der Gravidität referiren.

Es handelte sich um eine 38-jährige Schwangere (I. para) im dritten Monat. Das Ulcus ventriculi sass wahrscheinlich in der vorderen Magengegend gleich unter dem Rippenbogen in der verlängerten linken Parasternallinie. Die Haematemesis war recht hochgradig, die Prostration der Kräfte eine sehr bedenkliche und doch kam hier die Möglichkeit eines einzuleitenden Abortus garnicht in Frage, da a priori von einem erhöhten Abdominaldruck bei einem 3 Monate graviden Uterus kaum die Rede sein konnte. Es trat Genesung ein; die Reconvalescenz dauerte fast 3 Monate — es wurde ein gesundes kräftiges Kind geboren, das 8½ Pfd. wog. — Ganz anders war der Verlauf bei dem zweiten Falle. Pat. war 34 Jahre alt und im 8. Monat schwanger. Mitte October 1891 sah ich Pat. zum 1. Mal. Durch den bisher behandelnden Arzt erfuhr ich, dass Pat. bereits vor Jahren Wochen lang an intensiven Leibschmerzen, Erbrechen, Appetitlosigkeit gelitten habe, sie war damals nicht gravid. Jetzt vor circa 8 Tagen sei sie wieder erkrankt an beständiger Uebelkeit, heftigem Erbrechen, sehr starken Magenschmerzen; das Erbrechen sei jetzt braunroth, fast schwarz, ebenso die Faeces. — Die sonst kräftig gebaute Frau war anaemisch, die sichtbaren Schleimhäute blass. Puls frequent, klein, das Epigastrium schon bei leiser Berührung sehr empfindlich, nach Nahrungsaufnahme steigerten sich die Schmerzen. In dem mehrfach untersuchten Erbrechen war viel Schleim

vorhanden, mit hellerem und dunklerem klumpigem Blut untermischt. Das Erbrochene reagirt sauer, zeigt freie Salzsäure-Pepton- und Erythrodextrin-Reaction. Da das Ulcus ventriculi ein Noli me tangere behufs genauerer Untersuchung der Magenfunctionen ist, so konnte nur rein symptomatisch vorgegangen werden: Eis äusserlich und innerlich; subcutan Morph. und Ergotineinspritzungen, innerlich Codein und Chloroformwasser. — So zog es sich ungefähr 14 Tage mit wechselndem Befinden hin, bis plötzlich bei einem sehr starken Bluterbrechen die Pat. collabirte, der Puls kaum fühlbar war, Ohnmachten sich einstellten. Durch erneutes Blutbrechen war die Pat. derart geschwächt, dass Prof. Küstner in Hinblick auf die drohende Todesgefahr schon an den Kaiserschnitt dachte, um das Kind zu retten. Pat. erholte sich aber, und es wurde in einem Consilium beschlossen, die künstliche Frühgeburt einzuleiten in der Hoffnung, vielleicht dadurch das Leben der Mutter zu erhalten. Die Patientin weigerte sich aber; es traten bald spontane Wehen ein, und nach einigen Stunden wurde ein todtes Kind geboren. Mit dem Moment hörte das Erbrechen auf, die Schmerzen liessen bei genau geregelter Diät nach und nach ca. 3 Monaten war Pat. soweit, dass sie relativ gesund entlassen werden konnte. —

M. H. Haben wir das Recht, anzunehmen, dass das Blutbrechen sistirte, weil die spontane Geburt eintrat? Die Haematemesis hörte thatsächlich unmittelbar post partum auf! Wie ist das zu erklären? Ist es denkbar, dass die Blutdruck- und Circulationsverhältnisse im Abdomen intra graviditatem et post partum so grossen Schwankungen unterliegen können, dass sie den Thrombus des arrodirten Blutgefässes im Ulcus lösen oder nicht lösen können? — Die Anschauungen über diesen Gegenstand sind sehr getheilt. Nach Prof. Leyden[1]) kann «wenigstens soweit kein Zweifel bestehn, dass die veränderten Druckverhältnisse während der Schwangerschaft die Ursache sind, d. h. die Druckverhältnisse, welche das ganze Abdomen treffen». Schroeder spricht sich strict gegen einen verstärkten Druck in der Bauchhöhle während der Schwangerschaft aus. Senator hält es für unzweifelhaft, «dass bei Schwangeren ein abnorm hoher Druck in der Bauchhöhle herrscht, das beweise ja schon die Auftreibung des Leibes, der Hochstand des Zwerchfells, das beweisen die Varicen, die venösen Stauungen; und dieser Druck lastet auf allen Organen: er behindert ebenso den arteriellen Zufluss, wie den venösen Abfluss.» —

M. H.! Diesen abnorm hohen Druck in der Bauchhöhle bei Schwangeren, der den arteriellen Zufluss, wie den venösen Abfluss behindert, möchte ich zur Erklärung des therapeutischen Effects der künstlichen oder spontanen Frühgeburt bei Magenblutungen einer Schwangeren heranziehen. Schröder hat gewiss recht, wenn er sagt «wir wissen noch nicht viel darüber, wie stark der intraabdominelle Druck überhaupt ist»! «dass mitunter durch Zug des Uterus nach vorn selbst ein negativer Druck in der Bauchhöhle entstehen kann bei alten Mehrgebärenden mit Hängebauch, bei denen der ganze Uterus in der Lücke zwischen den geraden Bauchmuskeln liegt und bei jedem Schritt hin- und herwackelt», ist möglich, ist wahrscheinlich, kommt jedoch hier nicht in Betracht. Schröder sagt weiter, dass man selbst bei Erstgebärenden, wenn man sie palpirt, den Eindruck gewinnt, dass die Bauchhöhle sehr viel weniger mechanisch ausgedehnt ist, wie bei einem gleich grossen pathologischen Tumor. Ich habe darin keine Erfahrung, und halte nur an der Thatsache fest, dass auch bei Abdominaltumoren, die einem 7—8 monatlichen graviden Uterus an Grösse entsprechen, jedenfalls die Blutdruckverhältnisse im Abdomen sich ändern, es entstehen Stauungen, Hydrops, Anasarka etc. die nicht immer als kachektische Symptome aufzufassen sind. —

Mir scheint es wenigstens nicht unberechtigt zu sein, einen gesteigerten Druck im Abdomen in der Gravidität anzunehmen, der auf allen Unterleibsorganen lastet und der den arteriellen Zufluss und den venösen Abfluss hindert; die Veränderung der Circulationsverhältnisse während der Schwangerschaft sind nicht von der Hand zu weisen, wie Senator klar auseinandersetzt.

Magenblutungen, die oft, ja gewöhnlich einen letalen Ausgang nehmen, erfolgen aus grossen Gefässen und zwar, wenn das Geschwür bis auf die Serosa gedrungen ist (Art. Coronariae ventriculi, lienalis, gastroepiploica, gastroduodenalis, eventuell aber auch aus der Vena lienalis oder anderen varicös erweiterten Venen). Blutungen aus kleineren Gefässen wie sie in der Submucosa und Muscularis vorhanden sind, bedingen den Tod gewöhnlich nicht sofort, sondern erst nach mehrmaligen Wiederholungen; und bei diesen letzteren Magenblutungen kann meiner Meinung nach die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft (gegen das Ende derselben) als Indicatio vitalis für die Gravida erforderlich werden. — Ich glaube, dass es sich bei den Magenblutungen gegen Ende der Gravidität — abgesehen selbstverständlich von solchen aus grossen Gefässen — nicht um arterielle, sondern um venöse handelt, der abnorm erhöhte intraabdominelle Druck hindert den arteriellen Zufluss und den venösen Abfluss. Litten[2]) hat nachgewiesen, dass durch Circulationsbehinderung und schliessliche Inactivität des Pfortadersystems bei der Lebercirrhose der venöse Abfluss aus den Unterleibsorganen sehr behindert wird und zur Bildung von Varicositäten des Venengeflechts im untern Abschnitt des Oesophagus Veranlassung giebt; die Venen sind prall gespannt wie gefüllte Blutegel und kann es durch Berstung derselben zu letalen Blutungen kommen, wie Litten an zwei Krankengeschichten und nachfolgenden Sectionsbefunden demonstrirt hat.

Wenn nun durch das bestehende Ulcus ventriculi ein Locus minoris resistentiae gegeben, der venöse Abfluss im Abdomen zugleich behindert ist, so ist die Annahme vielleicht berechtigt, dass es sich bei Magenblutungen gegen das Ende der Gravidität um venöse Blutungen handelt, zugleich auch vielleicht die Annahme berechtigt, dass bei gleichzeitiger Behinderung des arteriellen Zuflusses der Thrombus des arrodirten arteriellen Gefässes Zeit gewinnt zu grösserer Festigkeit und gehöriger Organisation.

Diese Gesichtspunkte glaube ich mit Recht für meine Ansicht verwerthen zu können, dass die spontane oder künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft ein in hohem Grade entlastendes Moment für die in der Gravidität vorkommenden Magenblutungen bildet.

Referate.

M. Dinkler. Ueber die Localisation und das klinische Verhalten der Bauchreflexe. (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. II. Bd. XVII.)

D. machte Untersuchungen über das Verhalten der Bauchreflexe und konnte drei verschiedene Bauchreflexe, nämlich einen oberen, mittleren und unteren, unterscheiden, welche sich bei mässig starkem Streichen in der Richtung des Intercostalnervenverlaufes im Epi-, Meso- und Hypogastrium hervorrufen liessen, während starkes Streichen in dieser Richtung oder in der Mammillarlinie nur einen Reflex hervorrief. Bisweilen liess sich sogar ein vierter Bauchreflex erzeugen durch Reizung der Haut im Gebiet des VI–VIII Intercostalnerven, dessen Effect eine Zuckung der Bauchmuskeln im angulus epigastricus ist.

Verf. hatte Gelegenheit einen Pat. mit metastat. Carcinom des XI. und XII. Brustwirbelkörpers und Compressionsmyelitis zu beobachten, welcher, abgesehen von anderen myelitischen Symptomen, das Erhaltensein des linken oberen Bauchreflexes

[1]) Berliner klin. Wochenschrift 1886, Nr. 13, 14, 15. Verhandl. der Berl. med. Gesellschaft: Herr Leyden: Ueber Hydrops und Albuminurie der Schwangeren.

[2]) Verhandlungen des X internationalen med. Congresses Berlin 1890. Innere Medicin, Abtheilung V, Band II, pag. 122.

bei gleichfalls erhaltener Sensibilität in dieser Region zeigte, während der entsprechende Reflex auf der rechten anaesthetischen Seite fehlte.

Der Fall kam zur Section und Verf. unterzog die in Frage kommenden Nervengebiete einer sehr eingehenden Untersuchung, deren Details im Original nachzulesen sind. D.'s Arbeit förderte nachstehende Resultate zu Tage: der mittlere und untere Bauchreflex beziehen sich auf das Gebiet des X—XII Intercostalnerven nebst zugehörigem Rückenmarksabschnitt, während der obere sich auf den IX Intercostalnerven beschränkt. Die Bauchreflexbahnen passiren die Hinterhörner und bei der Zerstörung dieser erlöschen die Bauchreflexe. — Unter normalen Verhältnissen, wie auch bei acuten und chronischen Infectionskrankheiten schwanken die Bauchreflexe individuell bedeutend. Einer Gesetzmässigkeit in ihrem Verhalten begegnen wir nur bei den Nervenkrankheiten. Bei den functionellen Neurosen sind die Bauchreflexe von keiner wesentlichen Bedeutung. Bei den Neuritiden wird gelegentlich Abschwächung oder Fehlen derselben beobachtet; mit der Wiederkehr der Motilität erscheinen im Gegensatz zu den Sehnenreflexen die Bauchreflexe wieder. — Die Wurzelerkrankungen bringen gleichfalls Störungen der Bauchreflexe zustande. In Betracht kommen hier Neoplasmen, deren Einwirkung vorwiegend in einer Compression besteht; zu Anfang kann eine Reizwirkung (spastische Reflexlähmung) constatirt werden, welche nach der Leitungsunterbrechung einer Erschlaffung der Muskeln (paralytische Reflexlähmung) Platz macht. — Von den Rückenmarkskrankheiten machen die Systemerkrankungen relativ selten Störungen. Die häufigeren Querschnittsaffectionen zeigen, wenn sie ihren Sitz im Cervical oder oberen Dorsalmark haben, einen wechselnden Einfluss auf die Bauchreflexe; befallen sie aber das untere Dorsalmark, so ist das Erlöschen einzelner oder aller Bauchreflexe ein constantes Symptom. — Auch die cerebralen Erkrankungen beeinflussen in gleichmässiger Weise die Bauchreflexe. Tumoren, Meningitiden und der Hydrocephalus, soweit sie stärkeren Hirndruck erzeugen, setzen die Bauchreflexe herab. Nach Rosenbach werden bei der Hemiplegie (ex haemorrhagia et embolia) die Bauchreflexe im Gegensatz zu den Sehnenreflexen constant entweder abgeschwächt oder ganz aufgehoben, so dass dieses Symptom für Veränderungen im Cerebrum pathognomonisch und für die Differentialdiagnose zwischen cerebraler und hysterischer Hemiplegie ausschlaggebend ist.

Eine einwandsfreie Erklärung für das differente Verhalten der Haut- und Sehnenreflexe vermag Verf. nicht zu geben, spricht aber die Vermuthung aus, dass es sich möglicherweise um eine ungleiche Erregbarkeit der spinalen Haut- und Sehnenreflexcentra gegenüber cerebralen Impulsen handelt.

Kusick (Reval).

C. Schimmelbusch: Das Fibroadenom der Mamma. (**Arbeiten aus der chirurg. Klinik der Königl. Univ. Berlin) Theil 6.**

An der Hand der Untersuchung von 37 Exemplaren von Fibroadenomen die innerhalb der letzten 3 Jahre von E. von Bergmann exstirpirt worden, sucht Verfasser über diese erst wenig untersuchte Geschwulstform Aufklärung zu geben.

Die Geschwülste von der Grösse einer Haselnuss bis zu der eines Mannskopfes liegen alle in einer derben bindegewebigen Kapsel eingeschlossen im Unterhautzellgewebe der Mamma, in welchem sie frei beweglich sind «oft wie die Kugeln unter der Haut bei dem Betasten hin- und her rollen», weder mit der Haut, noch mit der Brustdrüse, von der sie doch ausgegangen, noch mit der Fascie des Pectoralis major verbunden. Das Wachsthum ist ein durchaus verschiedenes, bisweilen ein sehr schnelles, bisweilen durch Decennien sich erstreckendes. Beschwerden verursachen sie nicht, höchstens durch Grösse und Gewicht. Die Entfernung ist in Folge der vollkommenen Abkapselung leicht, nach dem Hautschnitt und Spaltung der Kapsel genügt ein Umgreifen mit den Fingern um sie stumpf herauszuheben.

Die Consistenz der kleineren Tumoren ist meist eine knorpelharte, die grösseren sind weicher. Auf dem Durchschnitt erscheinen sie grauweiss und zeigen einen lappigen Bau der sich zum blättrigen Gefüge steigern kann. Gelappte, blättrige Stellen wechseln mit compacten Partien ab. Solche Bilder können leicht den Eindruck hervorrufen, als habe man mit einer cystischen Geschwulst zu thun, in welche von den Cystenwandungen gestielte, blumenkohlartige Auswüchse in die Cysten sich hineinlagerten, und diese Formen sollen es sein, die Anlass zu einer falschen Beurtheilung gegeben haben. Histologisch zeigt sich, dass sie alle zusammengesetzt sind

«1. Aus epithelialen Elementen, welche den Typus der Drüsensubstanz zeigen.

2. Aus einem derben oder lockeren Bindegewebe, welches sich in mehr oder weniger breiten Massen zwischen die epithelialen Bestandtheile lagert.»

Die Drüsenschläuche zeigen die Tendenz sich in beinahe ausnahmslos einschichtiger Cylinderepithellage in die Länge und in die Breite auszudehnen, bleiben aber dabei schmal und glatt. Zugleich wuchert das Bindegewebe. Es entstehen dadurch die für das Fibroadenom so charakteristischen Spaltcysten, die in den grössten Tumoren eine Länge von 10 Cm. erreichen.

Naturgemäss führt schliesslich dieses Längen- und Breitenwachsthum der Acini über die Spaltcyste hinaus zur Bildung des blättrigen Baues und täuscht scheinbar Cysten mit encystischen Wucherungen vor. Eine solche Entstehungsweise der Spaltcysten durch Hineinwucherung und Vorstülpung blumenkohlartiger Fibrommassen in vorher angelegte Cysten und Drüsenausführungsgänge weist Verf. von der Hand, weil dann Uebergangsformen von der unversehrten bis zur fertigen Spaltcyste zu finden sein müssten. Der gleichmässige, nirgends atrophische oder abgeplattete Ueberzug von Drüsenepithel ist aber der schwerwiegendste Beweis dafür, dass die Wucherung des Drüsenepithels als der wichtigste Factor und als das Primäre in der Entwickelung der Geschwülste zu betrachten ist.

Die Tumoren sind durchaus gutartig. Recidive sind nicht beobachtet worden. Mehrfach sind Patientinnen nochmals operirt worden, doch sind diese Tumoren aus späteren Entwickelungsstadien, oft waren sie in anderen Quadranten oder gar in der andern Mamma. Zum Schluss empfiehlt Verf. die operative Entfernung der Geschwulst. Die Operation ist leicht, gefahrlos und befreit die Frau von einer ewigen Sorge um eine krebsige Krankheit der Brüste.

[Der Beweis, dass das Fibroadenom kein intrakanalikuläres Papillom, ist nicht erbracht. Anmerkung des Referenten].

Gernet.

C. Schimmelbusch: Das Cystadenom der Mamma. (**Arbeiten aus der chirurg. Klinik der Königl. Univ. Berlin) Theil 6.**

Eine gewisse Aehnlichkeit bietend, aber klinisch wie anatomisch streng vom Fibroadenom der Mamma zu scheiden stellt das Cystadenom der Brustdrüse eine Geschwulstform dar, welche in Folge von Verwechselung mit Carcinomen und bei rel. häufigem Vorkommen, doch seltener Erwähnung in der Literatur (Verf. stellt 43 Fälle zusammen) eine grössere Aufmerksamkeit fordert, als ihr bisher geschenkt worden.

An der Hand von 7 Fällen giebt Verf. uns ein anschauliches Bild von der Erkrankung. Bezeichnend für das Cyst-Adenom der Mamma sind:

1) Die auf die ganze Mamma sich erstreckende Ausdehnung der Erkrankung, die zu vielfachen, meist erbsen- bis bohnengrossen und nur seltener grösseren Cysten führt.

2. Das Fehlen jeder Verbindung mit Nachbargeweben, z. B. der Haut. Die Haut ist stets über den erkrankten Mammae vollständig und leicht verschieblich.

3. Die fast ausnahmslose Erkrankung beider Mammae zu gleicher Zeit oder kurz nach einander.»

Aeusserlich bietet die erkrankte Mamma oft nichts Besonderes; nur bei atrophischem Fettpolster und grossen Cysten wird die Haut in einer dem blossen Auge wahrnehmbaren Weise vorgewölbt. Durch die verschiebliche Haut lässt sich immer die ganz eigenartige diffuse Veränderung des Drüsenkörpers abtasten. Dieser, wenig vergrössert, ist durchsetzt von kleinen, schroten- bis bohnengrossen steinharten Tumoren. Selten sind grössere, fluctuirende. Fälle hochgradiger Erkrankung bieten der tastenden Hand das Gefühl dar, «als wenn dieselbe einen Beutel fasste, welcher mit Schroten und Bleikugeln gefüllt ist.» Die kleinen Tumoren lassen sich etwas gegeneinander verschieben und unter der Haut hin- und herwälzen.

Ein Durchschnitt durch die erkrankte Drüse zeigt, dass alle die, als kleine meist sehr harte Tumoren imponirenden Gebilde hypertrophische und in der Regel cystisch entartete Drüsenläppchen sind, welche besonders am Rande der Drüse schärfer von einander abgegrenzt sind, zum Centrum zu mehr und mehr in einander übergehen. Die grösseren, bis Haselnussgrossen Cysten sind oft mit einer hellen, serösen Flüssigkeit erfüllt, die meisten enthalten aber einen grünbraunen fadenziehenden Schleim. Die Härte ist bedingt durch die pralle Füllung. In einem Falle bot eine Taubeneigrosse dicht an der Mammilla liegende Cyste Fluctuation — sie communicirte mit dem Ausführungsgang und entleerte auf Druck den serösen, trüben Inhalt theilweise aus der Warze.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich hier um eine epitheliale Wucherung handelt und die Cystenbildung durch eine Proliferation der Drüsen bedingt wird. Aehnlich wie in der lactirenden Mamma besteht zunächst eine Vermehrung der Acini in den einzelnen Läppchen von 12—20 auf mehrere 100. Das anfangs einschichtige Epithel wird jetzt mehrschichtig, wuchert immer stärker und weitet den Acinus bis auf ein Vielfaches seines Durchmessers aus. Durch Zerfall der Epithelzellen im Centrum bildet sich die Cyste. Die bindegewebigen Zwischenräume zwischen zwei solchen Cysten können durchbrochen werden, es confluiren dann die Hohlräume, während Theile der noch stehengebliebenen Trennungswände in

Form papillärer Wucherungen sich in dieselben vorstülpen. Der Inhalt besteht aus Flüssigkeit, Körnerhaufen und Epithelzellen, die in Verfettung begriffen sind und zum Theil noch Kerne enthalten. Neben dieser Epithelwucherung geht nun ein zweiter Process vor sich, eine Zunahme des interstitiellen Bindegewebes, der allmählich in den Vordergrund treten kann, aber auffallender Weise ohne alle Infiltration mit Rundzellen und ohne nennenswerthe Kernwucherung. Das interacinöse Bindegewebe scheint sich eben nur in so weit an dem Aufbau zu betheiligen, als es nöthig ist zur Stütze der epithelialen Elemente. Es tritt allmählich ein Kernschwund ein, der diese Massen hyalin erscheinen lässt. Durch das Schwinden aller Zwischenräume, durch das Zugrundegehen selbst der Blutgefässe in den Gewebspartien entstehen ziemlich ausgedehnte hyalin aussehende Complexe.

An der Bildung der Cysten und an der ja nicht sehr beträchtlichen Vergrösserung der Brustdrüse ist in activer Weise ausschliesslich das Epithel der Drüse betheiligt. Der Tumor stellt also ein wahres Adenom dar.

Die Trennung des Cystadenoms vom Fibroadenom ist eine leichte. Das Cystadenom ist eine diffuse, multiple, fast ausnahmslos beiderseitige Erkrankung der Drüse, charakterisirt durch die Tendenz mehrschichtiger Epithelwucherung und Bildung kugliger Cysten bei entschiedenem Zurücktreten der Bindegewebsproliferation, die lediglich die Stützsubstanz liefert; das Fibroadenom dagegen ist ein Tumor der sehr verschieblich gegen die Drüse gelegentlich enorme Dimensionen annimmt, der unter dem Mikroskop eine ausschliesslich flächenhaft einschichtige Wucherung des Epithels und die Bildung schmaler Spaltcysten aufweist, bei wesentlicher und bezeichnender Bildung fibröser und myxomatöser Gewebsmassen.

Die Differentialdiagnose zwischen Carcinom und Cystadenom wird gegeben durch die frühzeitigen Verwachsungen des ersteren mit Haut, Fascie und a. Nachbargeweben, ferner die Schwellung der Axeldrüsen. Histologisch wird das Cystadenom aber getrennt durch den Umstand, dass trotz aller Epithelproliferation in letzterem doch kein schrankenloses Durchwachsen der Bindesubstanz und keine Infiltration der umgebenden Gewebe eintritt. Ueberall hält sich die Epithelwucherung in wohlumschriebenen Grenzen.

Von den senilen oder Involutionscysten der Mamma unterscheidet sich das Cystadenom durch die Multiplicität und gleichzeitige Hypertrophie des Drüsenkörpers, während die Involutionscyste mit einer Atrophie der Drüse, deren Folgezustand sie ist, Hand in Hand geht; auch tritt sie nie mit jener Regelmässigkeit doppelseitig auf. Das Cystadenom ist eine gutartige Geschwulst, sie besteht selbst mehrere Jahrzehnte, doch ist 3 mal unter 43 Fällen der Uebergang in Carcinom beobachtet worden. Partielle Excisionen aus der erkrankten Mamma führen nie zu einer Heilung, da das Recidiv — die Fortsetzung der Erkrankung in dem Drüsenrest dadurch nicht aufgehalten wird. Rationeller Weise müsste daher zum Zwecke radicaler Heilung die Ablatio beider Mammae vorgenommen werden. Es dürfte aber der Umstand, dass die Krankheit ein Cystadenom und kein Krebs ist, eine abwartende Haltung unter ärztlicher Aufsicht rechtfertigen. Gernet.

E. Mendel: Ein Fall von Myxoedem. (Deutsche medic. Wochenschr. Nr. 2, 1893).

Ralf Wichmann: Ein Fall von Myxoedem, gebessert durch Injectionen mit Schilddrüsensaft. (Deutsche medic. Wochenschrift Nr. 2, 1893).

Fälle von Myxoedem sind in den letzten Jahren vielfach beschrieben worden; die beiden Abhandlungen dürften aber wohl das Interesse erregen wegen des therapeutischen Erfolges. In beiden Fällen wurden die von Murray empfohlenen subcutanen Injectionen von Extract der Schilddrüse des Schafes angewandt. Den Erfolg schildert Mendel folgendermassen: Patientin giebt an, dass sie freier umhergehen könne, dass sie sich kräftiger fühle, sie zeigt sich redseliger, giebt das Datum genau an, was sie früher nicht konnte. Die Schwellung besonders am Nacken und an den Beinen ist zurückgegangen, die Gesichtsschwellung ist geringer. Der Puls ist von 60 auf 70–76 hinaufgegangen, die Urinmenge ist von 1100 auf 1600 (ein Mal sogar auf 2000) gestiegen, die gesammte tägliche Harnstoffmenge von 14 gr. auf 25–30 g. Die Temperatur (früher 34,8) stieg auf 36,0—36,4.

Wichmann hat ebenfalls sehr gute Resultate von der Murray'schen Behandlungsmethode gesehen. Die Krankengeschichten sind im Original nachzulesen. Wir wollen hier nur das Verfahren erwähnen, welches Wichmann als sehr zweckmässig empfiehlt. Man muss selbst nach dem Schlachthause gehen und dem eben getödteten gesunden Schafe, dessen Halshaut vom Schlächter abgezogen wird, mit völlig sterilisirten Instrumenten (Pincette und Scalpell genügen) die Schilddrüse entnehmen. Ein Isthmus fehlt beim Schafe gewöhnlich. Beide Lappen kommen sofort in ein sterilisirtes Glas, mit Glasstöpsel. Zu Hause befreit man die Drüse vom Fett und Bindegewebe, zerkleinert sie und bringt die Stückchen in ein Glas, begiesst sie mit 1 Ccm. 0,5 pCt. wässriger Carbollösung und 1 Ccm. Glycerinum purissimum und zerquetscht sie sofort mit einem dicken sterilisirten Glasstabe. Das dann verschlossene Glas kommt 24 Stunden in den Keller. Alsdann wird der Inhalt durch ein handtellergrosses, sterilisirtes und in 5 pCt. Carbolsäure aufbewahrtes feines Leinwandläppchen mit aseptisch gemachten «Carbolfingern» in ein sterilisirtes Glas ausgequetscht. Man erhält so eine geringe Menge einer fleischwasserfarbigen, etwas trüben Flüssigkeit, von welcher eine Pravaz'sche Spritze voll zu einer einmaligen Injection unter die Rückenhaut benutzt wird. Zu jeder Einspritzung räth Wichmann frisches Extract zu gebrauchen. Unangenehme Nebenerscheinungen beobachtete Wichmann nicht. In Anbetracht der von J. Ewald constatirten Thatsache, dass bei gesunden, also ihre Schilddrüse noch besitzenden Hunden Injectionen von Schilddrüsensaft stuporöse Zustände hervorrufen, sollte die Injection bei einem Menschen, der seine eigene Thyroidea noch besitzt, nicht angewendet werden. Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Albert Adamkiewicz: Untersuchungen über den Krebs und das Princip seiner Behandlung experimentell und klinisch. (Wien und Leipzig. Wilhelm Braumüller 1893).

In einer ziemlich umfangreichen Monographie setzt Verfasser seine Lehren über den Krebs und dessen Heilung auseinander. Zunächst bringt A. die Argumente vor, welche gegen die Cohnheim'sche Krebshypothese und für die parasitäre Natur der Geschwulst sprechen. Die Kokken, welche A. in den Krebsgebilden gefunden und auf Agar-Agar oder Pepton sich vermehren sah, sind durchaus nicht für den Krebs charakteristisch, da sie sich auch in den Wurzelscheiden der Haare der normalen Haut finden. Verf. versuchte nun zur weiteren Forschung nach der parasitären Natur des Krebses die physiologische Methode heranzuziehen: er benutzte als Versuchsthiere ausschliesslich Kaninchen, deren Bindegewebe, seröse Häute und Nervensystem mit excidirter, vollkommen frischer Krebssubstanz geimpft wurden, dabei fanden alle antiseptischen Cautelen ausgiebige Berücksichtigung. Im Bindegewebe und Peritoneum fand zuweilen einfache Resorption, häufiger aber starke entzündliche Reizung statt, während normale Gewebsstückchen keine derartige Erscheinungen hervorriefen. Am stärksten war aber die Wirkung bei der Verimpfung auf das Gehirn: ein Partikelchen frischen, dem lebenden Körper entnommenen Krebsgewebes tödtete das Thier im Verlaufe von einigen Stunden bis 2 Tagen. Diese eigenartige Wirkung auf das Gehirn zeigt, wie A. ausführt, nur das Krebsgewebe; dabei ist durchaus nicht etwa eine Bakterieninvasion Schuld, denn dieselbe Wirkung beobachtete Verf. in den Fällen, wo das Krebsstückchen vorher mit 1% iger Carbollösung behandelt worden war. Diese Wirkung kann nur eine toxische sein und muss auf besonderen im Krebsgewebe vorhandenen Giften beruhen. Das Gift, von A. Cancroin genannt, geht in einen wässrigen Auszug eines frisch excidirten Krebsstückes über. Injectionen mit solchen Lösungen wirken ebenfalls deletär. Auch subcutan wurde das Krebsextract den Thieren eingespritzt, wobei aber eine viel geringere Toxicität beobachtet wurde, als bei centraler Injection. A. meint, dass durch die eben erwähnten Beobachtungen die parasitäre Natur des Krebses erwiesen sei. Auf Grund histologischer Untersuchungen der Gehirne der in Folge Krebsimplantation zu Grunde gegangenen Kaninchen (Näheres ist im Original nachzulesen) glaubt A. annehmen zu müssen, dass die Krebszellen aus dem implantirten Krebsstücke auswandern, zunächst auf dem Wege des geringsten Widerstandes längs den natürlichen Spalten des Gehirns und in den verschiedenen Gebieten sich festsetzen, mit ausserordentlicher Geschwindigkeit sich vermehren und den Mutterboden zerstören. Controllversuche mit Nierenstückchen, die frisch aus der Bauchhöhle eines lebenden Kaninchen excidirt und einem anderen Kaninchen in's Gehirn implantirt wurden, ergaben, dass der Propf schliesslich völlig resorbirt wird, ohne irgend welchen dauernden Schaden für die Gesundheit des Thieres zu hinterlassen. Auf Grund dieser Beobachtung nimmt A. an, dass die Krebszellen eigenartige Lebewesen seien, sie stellen die Parasiten selbst dar, und er bezeichnet die Krebszelle mit dem Namen Coccidium sarcolytus (σάρξ und λύω — fleischlösend und fleischvertilgend). Dieser Parasit, seiner Natur den Gregarinen und Coccidien nahe kommend, bringt die Epithelien zur Atrophie und legt Brutstätten an. Das Cancroin ist somit das Stoffwechselproduct der Krebszelle. Es handelt sich nun darum, diesen Körper durch seine Eigenschaften näher zu charakterisiren. Ein Toxalbumin ist es nicht, weil es im wässrigen Extract hohe Temperaturen ohne Einbusse seiner giftigen Eigenschaften ver-

trägt; ebensowenig ist es ein Ptomain, es kann also nur ein Toxin sein d. h. ein durch den Lebensprocess der Krebszelle erzeugtes Gift. Durch scharfsinnige Combinationen kam nun A. auf die Vermuthung, dass Carcinom und Leichengift sehr nahe verwandt, wenn nicht gar identisch, sein müssen. Die mit Geweben frischer Leichen angestellten Impfungen in's Gehirn ergaben dieselben Resultate, wie die Impfungen mit den Krebsstückchen. Verf. fand sodann in dem Neurin einen Stoff, der mit dem Cancroin die grösste Aehnlichkeit besitzt. Er stellte daher mit dieser Substanz alsbald einen Versuch an einem mit Lippenkrebs behafteten Mann an. In der That konnten nach subcutaner Application des Neurins nicht allein sehr auffallende Nekrosen und entzündliche Reactionen am primären Heerd nachgewiesen werden, sondern es zeigten sich auch deutliche Rückbildungsprocesse, besonders an den regionären Lymphdrüsen. Die Vinylbase (Neurin) neutralisirte Adamkiewicz zunächst mit Citronensäure und sättigte dann die wässrige Lösung mit Phenol. Dieses Phenol-Vinyl-Citronat nannte A. Cancroin. Es wird jetzt von Merck in Darmstadt in drei Concentrationen dargestellt. Wendet man es vorsichtig an, so kann es lange fortgebraucht werden, ohne irgend welchen Schaden für den Organismus; aus dieser Thatsache schliesst A., dass die Krebskachexie jedenfalls nicht durch chronische Intoxicationen resorbirter Ptomaine hervorgerufen würde. Dagegen scheint das Cancroin in der That ein Heilmittel zu sein, indem es die Krebszelle tödtet, die Elemente des gesunden Gewebes dagegen nicht angreift. Im klinischen Theil seiner Arbeit führt Verf. 25 Krankheitsgeschichten an; dieselben im Einzelnen hier zu besprechen, ist nicht möglich. Wir wollen nur hervorheben, dass in manchen Fällen eine erhebliche Besserung zu constatiren war, in allen Fällen jedoch eine specifische Wirkung des Mittels, die späteren operativen Eingriffen öfters zu Gute kam. Da offenbar eine Wahlverwandschaft zwischen dem Cancroin und den Krebsheerden vorhanden war, da ferner die Adamkiewicz'sche Behandlungsmethode einen unverkennbaren Einfluss auf den klinischen Verlauf des Carcinoms hatte, so ist man nach Adamkiewicz berechtigt anzunehmen «dass wir im Cancroin das Princip gefunden haben, welches einen therapeutischen Einfluss auf die Carcinome in rationeller Weise ermöglicht».

Den Schluss des sehr interessant geschriebenen Werkes bilden Versuchsprotokolle des experimentellen Theils und Abbildungen (mikroskopische Präparate, Patienten vor und nach der Behandlung mit Cancroin). Abelmann.

Auszüge aus den Protokollen der Medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 2. December 1892.

I. Herr v. Zoege-Manteuffel hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Haemophilie». (Der Vortrag wird demnächst in extenso in der Petersburger medic. Wochenschrift publicirt werden).

Herr Dehio macht darauf aufmerksam, dass von Waaver Fibrinferment in die Gefässbahn von Thieren injicirt worden und dadurch eine erhöhte Gerinnungstendenz des Bluts erzielt worden ist, wodurch starke venöse Blutungen rasch zum Stehen gebracht wurden.

Herr Ströhmberg: Herr von Zoege schliesst aus der günstigen Wirkung des Cocain, dass die Ursache der Haemophilie in Veränderungen der Gefässwandungen resp. Capillarwandungen zu suchen sei. Er (Ströhmberg) meint nun, dass der günstige Einfluss des Cocain direct darauf hinweisen dürfte, dass diese Veränderung der Gefässwandung in einer Innervationsstörung derselben besteht. Eine solche auf vererbter neuropathischer Anlage beruhende Innervationsstörung stände nicht im Widerspruch mit der Virchow'schen Beobachtung, welcher bei Haemophilie auffallende Enge der Aorta fand. Es würde einfach die Innervation der feinsten Gefässe nicht genügend stark sein, um dem verhältnissmässig hoben Drucke der elastischen engen Aorta das Gleichgewicht zu halten. —

II. Herr Dehio referirt über den weiteren Verlauf des Falles von «symmetrischer Gangraen», den er der Gesellschaft schon am 2. October 1891 vorgestellt hat. Die Gangraen hat seitdem keine weitere Fortschritte gemacht, sondern durch eine regelrechte Demarcation leitete sich die Abstossung der schwarzen mumificirten Fingerenden ein. Im März d. J., also 7 Monate nach dem Beginn der Erkrankung, entschloss sich die Kranke dazu, die nekrotischen Fingerglieder amputiren zu lassen. Dadurch erlangte Redner die Möglichkeit, die lebenden Weichtheile aus der Umgebung der nekrotischen Partien mikroskopisch zu untersuchen. Es ergab sich eine mässige entzündliche Infiltration derselben, hochgradig aber nicht bis zur Obliteration fortgeschrittene Endarteriitis und Endophlebitis der Fingergefässe und degenerative Atrophie der Digitalnerven. Trotz dieser Veränderungen hält Redner die Annahme einer arteriosklerotischen Gangraen für unmöglich, weil die Erkrankung mit solchen charakteristischen vasomotorischen Störungen (locale Synkope und Asphyxie) plötzlich und symmetrisch in allen Fingern gleichzeitig begonnen hatte, wie das bei der arteriosklerotischen Gangraen nicht vorkommt. Es ist möglich, dass die Arteriosklerose erst nach dem Eintritt der Gangraen begonnen hat. Dieselben klinischen Eigenthümlichkeiten der Erkrankung verbieten auch die Annahme, dass die Gangraen durch die degenerative Nervenatrophie bewirkt worden sei, zumal wir wissen, dass periphere Zerstörung von Nervenstämmen, wie sie hier durch die Gangraen bewirkt worden ist, stets eine degenerative aufsteigende Neuritis als secundäre Erkrankung nach sich zieht. —

Redner bleibt deshalb bei seiner schon früher ausgesprochenen Ansicht, dass es sich um centrale, wahrscheinlich im Rückenmark gelegene Störungen handeln müsse, durch welche die vasomotorischen Erscheinungen der symmetrischen localen Synkope und Asphyxie sowie die symmetrische Gangraen hervorgerufen worden sind. —

Die Amputation der Finger verlief glatt und lieferte wohlgeformte Stümpfe. Abgesehen von dieser Verstümmelung, durch die die Pat. arbeitsunfähig geworden ist, ist dieselbe gegenwärtig vollkommen gesund. —

Herr Gerlach meint, dass die starken arteriosklerotischen Veränderungen dafür sprächen, dass sie bereits vor dem Eintritt der Gangraen dagewesen seien. Ferner läge kein zwingender Grund vor, die Gangraen auf centrale trophische Störungen zurückzuführen, da es sich ebenso gut bei so leicht den thermischen Einflüssen zugänglichen Theilen, wie es die Fingerspitzen sind, auch um periphere vasomotorische Störungen handeln kann. Bevor also dieser Umstand geklärt sei, dürfe man keine anderweitigen oder überhaupt irgend welche Hypothesen in Bezug auf trophische Störungen aufstellen.

Herr Dehio antwortet, dass von abnormer Kälteeinwirkung als Gelegenheitsursache nicht die Rede sein konnte, da die Erkrankung an einem Spätsommerabend stattfand. Betreffs des Alters der Arteriosklerose ist zu bemerken, dass die Fingeramputation 7 Monate nach der Erkrankung stattfand und dass Prof. Thoma es für unmöglich erklärte, aus dem Aussehen der Gefässe zu entscheiden, ob die Arteriosklerose älter oder jünger sei als 7 Monate. —

Z. Z. Secretair: Robert Koch.

Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

21. October 1892.

Discussion über die Cholera:

Dr. M. Treymann ersucht Dr. Radecki seine Erfahrungen über die Verwendung des Calomel mitzutheilen und empfiehlt warm die Calomeltherapie bei der Cholera. Er beruft sich auf die Autorität Felix Niemeyer's. (Magdeburger Epidemie 1849), Ziemssen's (Greifswalder Epidemie 1855) und Köhler's. In seinem klinischen Vortrage «Ueber die Cholera und ihre Behandlung» vom Jahre 1887 halte Ziemssen denselben Standpunkt fest und empfehle das Calomel sowohl bei der Choleradiarrhoe und Cholerine, wie auch in dem asphyctischen Stadium. Die grossen Dosen von 0,5 wagt Dr. Treymann auf Grund seiner Erfahrungen nicht anzuwenden, hat aber die besten Erfolge von den kleinen Dosen, 0,03—0,06 stündlich bis zweistündlich gesehen. Dr. Treymann hat 1872 in dem Fabrikdorf Smela (Gouv. Kiew) im Hochsommer eine sehr heftige Cholera-Epidemie erlebt. In 16 Tagen erkrankten circa 600 Menschen, von denen 250 starben. Dr. Treymann beschränkt sich darauf, die günstige Wirkung des Calomel durch 5 gut beobachtete Fälle, die er auf der Höhe der Epidemie in einer Familie zu behandeln hatte, zu illustriren. Das dreijährige Kind, zu dem er gerufen wurde, fand er bereits in der Agonie, die übrigen Geschwister von 16, 14, 12 und 8 Jahren waren bei seiner Ankunft noch ganz gesund. Nach einigen Stunden erkrankten dieselben plötzlich und wurden nur mit Calomel, stündlich 0,06, behandelt. Nur der 14jährige Knabe, welcher einen groben Diätfehler begangen hatte erhielt als erste Gabe 0,5 Calomel. Dieser starb nach 6 Stunden, die 3 übrigen Geschwister genasen. Zwei von letzteren machten ein sechswöchentliches Choleratyphoid durch. Die Dauer des eigentlichen Choleraanfalles betrug etwa 16 Stunden, die der darauf folgenden Anurie etwa 24 Stunden. — Ueber die Enteroklyse und die Hypodermatoklyse hat Dr. Treymann keine eigenen Erfahrungen, hält dieselben aber in der Privatpraxis für schwer durchführbar und zweifelt an der Wirksamkeit der Hypodermatoklyse Cantanis (1—2 Liter in einigen Stunden). Mehr Vertrauen dürfte die Kepplersche Hypodermatoklyse (7—12 Liter Kochsalzlösung mit Zusatz von Alkohol) verdienen. Dr. Puritz habe mit derselben bei der diesjährigen Epidemie in Petersburg sehr gute Erfolge erzielt. Im ersten Beginne der Erkrankung hält Dr. Treymann das

Opium für sehr wirksam. Er glaubt mit gtt. 25. T. opii bei sich selbst und vielen anderen die Cholera coupirt zu haben; in späteren Stadien leiste das Opium allerdings nichts.

Dr. v. Radecki hat das Calomel nur in 3 Fällen versucht, denen er 0,2 2—3 stündlich geben liess. Eine günstige Wirkung konnte er nicht constatiren. Mit Rücksicht auf die stets vorhandene Affection der Nieren hat er sich vor einem ausgiebigen Gebrauch des Calomels gescheut. Eine exacte Dosirung sei wegen des Erbrechens unmöglich und entbehre endlich die Calomeltherapie einer sicheren theoretischen Grundlage, da eine nennenswerthe Umsetzung des Calomel in Sublimat bei dem rapiden Verlauf der Krankheit kaum anzunehmen sei.

Dr. Treymann giebt zu, dass sich die Wirkung des Calomel in erster Linie nur empirisch erhärten lasse, doch sei es ganz wohl denkbar, dass das Calomel in Sublimat übergeführt werden könne. Eine schädliche Einwirkung auf die Nieren hat Dr. Treymann nie beobachtet. Bei der von ihm geübten Calomeltherapie sei die uraemische Form des Choleratyphoids nur selten vorgekommen.

Dr. Hampeln hat in der Choleraepidemie von 1870 — 71 Calomel angewandt, aber nicht den Eindruck gewonnen als ob durch dasselbe der Verlauf günstig beeinflusst worden sei. An eine desinficirende Wirkung des Calomel glaube er nicht, dazu seien die angewandten Gaben zu klein.

Dr. Huff empfiehlt warm das Salol in grösseren Gaben. Er glaube, dass in ganz frischen Fällen die Cholera durch dasselbe coupirt werden könne. Seit dem Ausbruch der Epidemie in der Poderaa habe er dort eine sehr beträchtliche Anzahl von Diarrhöen zu behandeln gehabt, bei denen das Salol sich ausgezeichnet bewährt habe. Wenn die meisten dieser Fälle auch nur gewöhnliche Durchfälle gewesen sein mögen, so sei es doch höchst wahrscheinlich dass unter denselben der eine und andere Fall von Cholera sich gefunden habe, dessen volle Entwickelung durch das Salol verhindert worden sei. Sehr günstig auf die Abnahme der Epidemie in Poderaa habe es gewirkt, dass die Fabrikwasserleitung nur mit gekochtem Wasser gespeist wurde.

Dr. Donner hebt die überraschend guten Resultate hervor, welche er mit Salol bei hartnäckiger Diarrhoe, die allen anderen Mitteln getrotzt hatte, erzielt habe.

Dr. Worms weist auf die Ansicht Hueppe's hin, dass die von vielen Seiten gemachte Angabe, dem Ausbruche einer Choleraepidemie seien zahlreiche Fälle von Diarrhoe vorausgegangen sich durch die Annahme einer Infection mit unentwickelten Cholerakeimen erklären liesse. Cunningham unterscheide 9 Species von Bakterien, die bei der Cholera wirksam sein sollen; vielleicht handele es sich nicht um verschiedene Species sondern nur um verschiedene Entwickelungsstadien derselben Art, denen aber je nach dem Grade ihrer Entwickelung ein verschiedener Grad von Virulenz eigen sei.

Dr. Krannhals vermag den Cunningham'schen Untersuchungen vorläufig noch kein grosses Gewicht beizulegen. Dieselben bedürfen noch sehr einer kritischen Nachprüfung. Dr. Krannhals hält es jedoch für nicht ausgeschlossen, dass unter gewissen Ernährungsbedingungen die Cholerabakterien Formen und culturelle Eigenthümlichkeiten annehmen könnten, welche von ihrem gewöhnlichen Verhalten abweichen. Es würde das manche bisher dunkle epidemiologische Thatsachen erklären. Einige hierauf gerichtete Untersuchungen seien allerdings bis jetzt ziemlich resultatlos gewesen.

Dr. Voss weist darauf hin, dass neuerdings in dem Wasser welches sich im Raume der Schiffe vorfinde, denn jedes Schiff lecke, Cholerabacillen gefunden seien. Auf diesem Wege könnte die Cholera aus inficirten Häfen verschleppt werden, ohne dass am Bord des Schiffes Cholerafälle vorgekommen seien.

Dr. Herwagen bemerkt hierzu, dass er bereits 1 Monat vor Beginn der Choleraepidemie das Verzeichniss der einlaufenden Schiffe genau controlirt habe. Auf keinem sei eine Erkrankung constatirt worden und keines, abgesehen von den Dampfern aus Petersburg, sei aus einem Hafen gekommen, welcher officiell für inficirt galt. Verdächtige Häfen seien allerdings von 2 Schiffen angelaufen worden.

Dr. Schönfeldt berichtet über folgenden in der Anstalt Rothenberg beobachteten Fall.

Ein Bauer von 44 Jahren wurde am 27. September a. c. eingeliefert, nachdem er sich unmittelbar vorher eine 5 Ctm. lange oberflächliche Schnittwunde am Halse beigebracht hatte. Das Instrument, mit welchem die Verwundung stattgefunden hatte, konnte nicht ermittelt werden. Der Patient schwieg consequent bei allen Fragen, liess sich aber ohne Widerstreben Nähte anlegen und zu Bett bringen. In der Anstalt bot der Kranke das Bild des sog. acuten hallucin. Wahnsinns depressiven Characters dar. Die Sprache war stets tonlos, leise flüsternd wie geheimnissvoll. Die Nahrungsaufnahme war in den ersten Tagen, wenn auch nicht normal, so doch hinreichend. Am 1. October beginnt die Nahrungsverweigerung. Pat. schüttelt abweisend den Kopf, liegt ohne ein Wort zu sprechen, stumm zu Bett. Am 3. und 4. October bilden sich die Symptome einer rechtsseitigen lobul. Pneumonie mit Uebergang in Lungengangrän aus. Am 6. October starker Kräfteverfall. Pat. nimmt theelöffelweise kaltes Wasser und etwas Milch zu sich. Jeder Schluckversuch hat aber starken Husten und die Expectoration fötider Massen zur Folge. Am 7. Oct. erfolgt der Exitus. Als Ursache der Lungengangrän war angenommen worden, dass irgendwelche Zersetzungsproducte aus dem Munde in die Luftwege gerathen seien. Diese Annahme wurde um so wahrscheinlicher, als mittlerweile eruirt worden war, dass Pat. am Tage vor seiner Einlieferung Carbolsäure geschluckt habe. Menge und Concentration derselben konnten nicht festgestellt werden. Eine genauere Untersuchung des Rachens und Kehlkopfes konnte nicht durchgeführt werden, die Mundhöhle bot nichts Abnormes dar. Die Section ergab nun folgenden überraschenden Befund. Etwa 7 Ctm. unterhalb des Ringknorpels ragt durch ein Loch in der hinteren Wand des Oesophagus der schwarzangelaufene metallene Griff eines aufgeklappten Taschenmessers in das Lumen der Speiseröhre hinein. Die Länge des Messers beträgt 17 Ctm.; der Stichkanal verläuft durch den ganzen Unterlappen hart an dem hinteren stumpfen Rande der rechten Lunge hin. Die Wände des Stichkanals sind gangränös, ausserdem findet sich rechts lobuläre Pneumonie mit Uebergang in Gangrän und fibrinös-eitrige Pleuritis; links Oedem des Unterlappens. Im Oesophagus und Magen, abgesehen von einigen hyperämischen Inseln, keinerlei Zeichen einer stattgehabten Carbolätzung.

z. Z. Secretär: C. Dahlfeld.

Vermischtes.

— Am 24. Februar beging der ehemalige Professor der Pharmacie an der hiesigen militär-medicinischen Akademie, Mitglied des Medicinalraths und des gelehrten militär-medicinischen Comités, Geheimrath Julius Trapp, sein 50-jähriges Dienstjubiläum, bei welcher Gelegenheit demselben zahlreiche Ovationen zu Theil wurden. Ueberaus schmeichelhafte Adressen wurden dem Jubilar vom Medicinalrath des Ministeriums des Innern, vom gelehrten milit.-medicinischen Comité, von der militär-medicinischen Academie, vom Institut für Experimental-Medicin, von der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit, vom Verein der Marine-Aerzte, vom hiesigen russischen ärztlichen Verein, von verschiedenen pharmaceutischen Gesellschaften u. a. m. überreicht. Ausserdem waren mehrere hundert Glückwunschtelegramme von verschiedenen Privatpersonen medicinischen und pharmaceutischen Gesellschaften aus dem Innern des Reichs, sowie auch von ausländischen pharmaceutischen Gesellschaften eingelaufen. Seine Heimathsstadt Mariampol (Gouv. Suwalki) hatte ihm ein kunstvolles Werthgeschenk übersandt. Am nächsten Tage fand zu Ehren des Jubilars im Aerzteclub ein Diner statt, an welchem gegen 100 Personen theilnahmen.

— Wie der «Wratsch» erfährt, ist der Privatdocent der militär-medicinischen Academie Dr. T. J. Bogomolow zum Professor der medicinischen Chemie an der Universität Charkow ernannt worden, an Stelle des Professors A. J. Danilewski, welcher bekanntlich zur militär-medicinischen Academie übergeführt ist.

— Verstorben: 1) Am 19. Februar in St. Petersburg der Arzt Alexander Ikonnikow am Schlage. 2) In Grodno am 13. Februar der dortige Stadtarzt Abraham Andres im 57. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hatte seine Ausbildung an der medico-chirurgischen Academie erhalten und diente unentgeltlich seit 1865 als Stadtarzt in Grodno. Trotz einer ausgebreiteten Praxis hat er seiner Familie nur die kleine Summe, auf welche er sein Leben versichert hatte, hinterlassen. 3) In Mohilew (Podolien) der Inhaber einer Wasserheilanstalt Georg Skudro im 43. Lebensjahre. 4) in Moskau der dortige Arzt Alexander Andronow im Alter von 31 Jahren. 5) Am 1. Februar im Flecken Gelmjasow (Gouv. Poltawa) der Landschaftsarzt K. M. Jakimtschenko im 55. Lebensjahre am Flecktyphus. Der Verstorbene hat seine Wittwe ganz mittellos zurückgelassen; die Landschaft hat ihr daher eine einmalige Unterstützung von 500 Rbl. bewilligt.

— Die Pariser Académie des sciences hat Prof. Lister zum auswärtigen Mitgliede gewählt.

— In der St. Petersburger Universität werden für die Studenten aller Facultäten Vorlesungen über die Cholera gehalten werden, welche den Zweck haben, die Studenten zum Sanitätsdienst vorzubereiten, damit dieselben bei der im Frühjahr zu erwartenden Cholera als Sanitäre an der Bekämpfung der Epidemie im Reiche theilnehmen können. Die Anleitung haben sechs Privatdocenten der militär-medicinischen Academie übernommen von denen jeder in einer 2-stündigen Vorlesung die einzelnen Fragen erörtern wird, und zwar: Dr. Wolkow — die Ursachen der Infectionskrankheiten; Dr. Lewin — die Ursachen der Cholera und die Gesetze der Verbreitung der Choleraepidemie; Dr. Tschistowitsch — die Bakteriologie der Cholera; Dr. Sigrist — die Kennzeichen der Cholera und

die erste Hilfeleistung bei Cholerakranken: Dr. Raptschewski — die Desinfection bei der Cholera.

— Bei der Moskauer Universität haben nach bestandenem Examen vor der medicinischen Prüfungs-Commission, in welcher Professor Anrep aus Petersburg den Vorsitz führte, 191 Personen das Arztdiplom erhalten und 13 Personen das Diplom mit Auszeichnung. 21 Personen haben das Examen nicht bestanden. Bei der medicinischen Prüfungscommission der Kasanschen Universität hatten sich 67 Personen zur Prüfung gemeldet, von denen 59 das Arztexamen bestanden (darunter 24 cum eximia laude) und 6 nicht bestanden haben. Zwei mussten das Examen wegen Krankheit aufgeben.

— Nach dem in der Jahresversammlung der Mitglieder der Moskauer ärztlichen Unterstützungscasse verlesenen Bericht vereinnahmte die Casse im Jahre 1892 ca. 4000 Rbl. und verausgabte ca. 2800 Rbl., darunter 1716 Rbl. für Pensionen und Unterstützungen. Pensionen erhielten 12 Personen (vorherrschend Wittwen von Aerzten) in Beträgen von 100 bis 250 Rbl. jährlich. Am 1. Januar 1893 belief sich das Kapital der Casse auf 31,663 Rbl. und bezifferte sich die Mitgliederzahl auf 160 Personen. Zum Präsidenten des Verwaltungscomités wurde Dr. E. Klein, zum Vicepräsidenten Dr. Loshetschnikow, zum Cassirer Dr. Konstantinowski und zum Secretär Dr. Schirajew gewählt.

— Der vor Kurzem verstorbene Tambowsche Arzt Nikolai Tuluschew hat dem dortigen Gymnasium seine werthvolle Bibliothek und der Moskauer Universität seine Münzsammlung vermacht.

— Das Charkowsche Gouvernements-Landschaftsamt hat sich an die Landschaftsärzte mit der Bitte gewandt, Curse für Personen beiderlei Geschlechts zu eröffnen, welche in der zu erwartenden Choleraepidemie die Pflege der Kranken zu übernehmen bereit sind.

- Zum XI. internationalen medicinischen Congress sind, wie aus Rom berichtet wird, bereits über 500 Beitrittserklärungen aus dem Auslande eingelaufen. Es wird in nächster Zeit ein «Führer für die Congress-Mitglieder» ausgegeben werden, in welchem alle getroffenen Vereinbarungen über Reiseerleichterungen, über die Preise in den römischen Gasthöfen u. dergl. m. detaillirt mitgetheilt werden. In allen Ländern haben sich Nationalcomités gebildet, welche die Thätigkeit des italienischen Organisations-Comités unterstützen.

— Prof. Rudolf Virchow wird am 16. März d. J. in London die diesjährige »Croonian-Vorlesung« halten. Nach der Vorlesung wird ein Festessen zu Ehren Virchows im Hôtel Metropole stattfinden, bei welchem der Präsident der Royal Society Lord Kelvin den Vorsitz führen wird und die Präsidenten der Royal Colleges of Physicians and Surgeons als Vicepräsidenten fungiren werden. — Die genannte Vorlesung ist eine Stiftung des verstorbenen Londoner Arztes Dr. William Croone, welcher Professor an der Surgeons Hall in London war. Derselbe hat dem Royal College of Physicians, dessen Mitglied er war, und der Royal Society ein Kapital mit der Bestimmung vermacht, dass der Ertrag desselben für alljährliche Vorlesungen von hervorragenden Fachgelehrten vor den beiden gelehrten Körperschaften verwandt werden solle.

— Prof. Dr. Hans Virchow, Prosector am Berliner anatomischen Institut, hat sich als Reichscommissar für die deutsche wissenschaftliche Abtheilung der Columbischen Ausstellung nach Chicago begeben. Zugleich beabsichtigt er seinen Aufenthalt in Amerika zu wissenschaftlichen Studien auf vergleichend-anatomischem Gebiet zu benutzen.

A. med. C.-Ztg.

— In der Nacht auf den 15. Januar haben Diebe aus der Cholerabaracke auf der Station Adshi-Kabul die Kissen, Decken und andere Sachen gestohlen.

— In Folge der bei dem österreichischen Abgeordnetenhause eingegangenen Petitionen wird das Wiener medicinische Professoren-Collegium in nächster Zeit sich auch mit der Frage zu beschäftigen haben, ob Frauen zum Studium der Medicin zugelassen werden sollen. In den Kreisen der Wiener medicinischen Facultät sollen die Ansichten in dieser Frage getheilt sein.

— Ueber welche bedeutende Mittel die Wittwen- und Waisensocietät des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums verfügt, lässt sich aus dem Rechenschaftsbericht für das vorige Jahr entnehmen. Das Vermögen der Societät, welcher 329 Mitglieder angehören, beträgt über $2^{1}/_{2}$ Millionen Gulden, und es wurden im vergangenen Jahre 117,142 Gulden an Pensionen für 172 Wittwen und Waisen verausgabt.

— In London hat sich eine Gesellschaft von Aerzten und höheren Verwaltungsbeamten unter dem Vorsitze des Lordmayors gebildet, die für epileptische Kranke in der Nähe von London ein grosses Asyl errichten will, das zugleich als Heilinstitut dienen soll.

— In den Vereinigten Staaten von Nordamerika erscheinen mehr als 200 medicinische Journale, deren einziger Zweck die Verbreitung von patentirten Mitteln ist. Jede Nummer eines solchen Journals besteht hauptsächlich aus Bekanntmachungen und Originalartikeln, welche die Wunderwirkung der Geheimmittel beschreiben. (New-York med. Rec.-Wr.)

— Welche Dimensionen in den Vereinigten Staaten von Nordamerika die ungesetzliche Ausübung der ärztlichen Praxis angenommen hat, geht schon daraus hervor, dass allein im Staate Pennsylvanien 332 Personen prakticiren, welche kein Diplom besitzen und 222 welche ihren gelehrten Grad von Universitäten gekauft haben, die gar nicht existiren. (Brit. med. Journ.)

— In dem neuerdings veröffentlichten officiellen Cholerabulletin für die Woche vom 18—26. Februar sind 10 Gouvernements und Gebiete des russischen Reiches aufgeführt, in denen die Cholera noch herrscht. Die grösste Ziffer weist noch immer das Gouvernement Podolien auf, in welchem vom 1—16. Februar 305 Personen an der Cholera erkrankt und 59 gestorben sind. Es folgen dann mit erheblich geringeren Erkrankungs- und Sterblichkeitsziffern die Gouvernements Ssaratow (20 Erkrankungen, 13 Todesfälle), Ufa (20 Erkr., 13 Todesfälle), Woronesh (12 Erkr., 4 Todesfälle), das Dongebiet (23, resp. 2), In den Gouvernements Jekaterinoslaw, Eriwan, Astrachan (Stadt), in der Stadt Jelez und in Rostow am Don sind nur vereinzelte Fälle von Erkrankungen an der Cholera in der letzten Zeit vorgekommen.

In Deutschland und Oesterreich-Ungarn sind keine Choleraerkrankungen und Todesfälle zu verzeichnen.

In Marseille herrscht die Cholera nach wie vor. In den Tagen vom 10—15. Februar n. St. betrugen die täglichen Choleratodesfälle 54, 43, 35, 49, 36, 28.

Die Influenza verursacht in Kopenhagen, Stockholm, Gothenburg, Malmö, London noch recht viel Erkrankungen, die Mortalität ist jedoch eine geringe.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 28. Febr. d. J. 6550 (2 mehr als in der Vorwoche), darunter 147 Typhus — (9 weniger), 717 Syphilis — (7 mehr), 81 Scharlach — (5 weniger), 9 Diphtherie — (6 weniger), 16 Masern — (wie in der Vorwoche) und 26 Pockenkranke — (4 mehr als in der Vorw).

Vacanzen.

1) Im St. Petersburger Kreise ist die Stelle eines Landschaftsarztes zu besetzen. Die Meldung geschieht beim St. Petersburger Kreislandschaftsamte (auf der Ecke des Sagorodny Prospekt und der Swenigorodskaja № 44/2) bis zum 20. März d. J.

2) Im Karsunschen Kreise (Gouv. Simbirsk) ist die Stelle eines Landschaftsarztes erledigt. Gehalt 1200 Rbl. jährl. bei freier Wohnung. Adresse: «Карсунская Земская Управа».

3) Von dem Rshew'schen Landschaftsamte werden 2 Aerzte für den Kreis gesucht. Gehalt 1000 Rbl. nebst freier Wohnung. Adresse «Ржевская Земская Управа».

4) Im Kreise Medyn (Gouv. Kaluga) sind zwei Landschaftsarztstellen zu vergeben. Gehalt 1000 R. jährlich bei freier Wohnung. Adresse: «Медынская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 21. Februar bis 27. Februar 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
297	230	527	81	40	58	13	3	20	66	54	50	50	51	29	11	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 1, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 3, Scharlach 12, Diphtherie 3, Croup 2, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 34, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 111, Tuberculose anderer Organe 7, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 30, Marasmus senilis 22, Krankheiten des Verdauungscanals 43, Todtgeborene 24.

◆ **Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 16. März 1893.**

◆ **Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 8. März 1893.**

Bad Kissingen. Angewandt bei: chron. Magen- und Darmcatarrh, habitueller Stuhlverstopfung, chron. Katarrh der Gallenwege. Leber- und Milzschwellung, Haemorrhoiden, chron. Entzündungsprodukten (Exsudate), Fettleibigkeit, Gicht, Rheumatismus, Bleichsucht, Scrophulose, chron. Erkrankungen der Respirationsorgane. durch Herzklappenfehler und Fettherz veranlassten Kreislaufstörungen, Frauenkrankheiten, Erkrankung des Nervensystems.

Adressen von Krankenpflegerinnen

Friederike Karlowna Simbill, Ba[illegible] Остр. 14 л. № 51.

Marie Mohl, Вас. Остр. 1 л. д. № 44, кв.

Pauline Gebhardt, Вас. Остр. Б. прос[illegible] № 5, кв. 18.

Sophie Jordan, Вас Остр., **10 лин** д. 1[illegible] кв. 9.

Frau **Marie Kubern**, Мойка 84, кв. 1[illegible] напротивъ реформатской церкви.

Дозв. ценз. Спб. 5 Марта 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke. Katharinenhöfer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER **Neue Folge X. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 11 St. Petersburg, 13. (25.) März **1893**

Die gerade Geburtszange.

Von

Prof. emerit. J. P. Lasarewitsch.

Ich habe allmählich folgende Grundbedingungen für die Construction einer Geburtszange ausgearbeitet:

1. Im Jahre 1865 habe ich meine erste Zange ohne Kreuzung der beiden Hälften construirt. Bei dieser Zange habe ich die Unbequemlichkeit der gekreuzten Zangen beseitigt, die darin besteht, dass, wenn man den linken Löffel nach dem rechten einführt, der eine Griff über den andern hinweg geführt werden muss, um das Schloss zu schliessen. Dabei findet eine Verschiebung der Löffel statt, die eine Verletzung des Kopfes oder der mütterlichen Weichtheile verursachen kann. Ausserdem wird dadurch, dass die Branchen sich nicht kreuzen, eine überflüssige und schädliche Compression des Kopfes bei der Extraction vermieden. Bei der Zangenextraction wird der Kopf durch eine a tergo wirkende Kraft herausbefördert, nicht durch eine seitlich angreifende Kraft.

2. Im Jahre 1879 beseitigte ich an meiner Zange die Beckenkrümmung. Die gerade Zange kann während der Extraction ihrer Form und Lage nach vollkommen mit der Richtung der Beckenaxe zusammenfallen, in der man den sicher gefassten Kopf zu extrahiren hat. Die Enden der Löffel liegen dem Kopf genau an, ragen nicht über ihn hervor, sodass weder die mütterlichen Weichtheile noch der Kopf selbst verletzt werden kann. Bei den mit Beckenkrümmung versehenen Zangen dagegen können die nach vorn gebogenen Enden, besonders breiter Löffel, leicht die Weichtheile an der vorderen Beckenwand verletzen, während die nach hinten convexen Ränder der Löffel bei Zug nach unten den Damm zerreissen können.

3. Im Jahre 1887 construirte ich ein Schloss, welches es möglich macht, die beiden Hälften der Zange bei jeder Grösse des Kopfes in paralleler Lage zu erhalten und dadurch den Kopf immer sicher zu fassen. Man darf den Kopf nicht seitlich zusammendrücken, denn dadurch wird seine Wölbung abgeflacht und somit die Hauptbedingung für ein sicheres Fassen abgeschwächt. Es ist klar, dass die bogenförmigen Enden der Löffel den Kopf nicht seitlich, sondern von oben jenseits seiner grössten Wölbung fassen. Bei den gekreuzten Zangen ist der Winkel zwischen den divergirenden Branchen um so grösser, je grösser der Kopf ist, mithin fassen die Löffelenden den Kopf um so weniger sicher, je grösser er ist. Darum sollen die Löffel bei jeder Grösse des Kopfes nicht divergiren, sondern sich parallel zu einander bewegen.

4. Im Jahre 1891 ersann ich ein ganz neues Schloss, welches den Kopf bei den verschiedensten und unregelmässigsten Lagen sicher fassen lässt, auch wenn die Löffel in verschiedener Höhe angelegt sind.

Meine Zange wiegt 519 Gramm und ist 35,5 Cm. lang. Sie ist in allen einzelnen Theilen vereinfacht und kann leicht vollkommen rein erhalten werden, da jede Hälfte aus einem einzigen vernickelten Stück Stahl gemacht ist. Ihre keilförmige Gestalt erleichtert bei Abwesenheit der Beckenkrümmung ungemein das Auseinanderhalten der Weichtheile des Geburtscanals während der Extraction des Kopfes.

Die Löffel sind gefenstert und zum Fassen des Kopfes nach der Fläche gebogen. Diese Kopfkrümmung der Löffel bildet einen Bogen, der mit einem Radius von 12,7 Cm. auf einer Strecke von 12,0 Cm. in der Längsrichtung ihrer Concavität beschrieben wird. Die Länge jedes Löffels bis zum Uebergang in den geraden Hals ist 18,5 Cm. Die grösste Breite des Löffels 2,0 Cm. vom Ende entfernt, beträgt 4,3 Cm. Der Löffel verjüngt sich allmählich und ist am Hals nur 1,0 Cm. breit. Der äussere Rand des Löffelendes bildet einen Halbkreis mit einem Radius von 2,2 Cm. — Die Länge der fensterförmigen Oeffnung des Löffels ist 10,2 Cm., die Breite ihres Rahmens in der Mitte 1,0 Cm., am Ende des Löffels 1,2 Cm. Die Dicke des Rahmens am Ende des Löffels 0,15 Cm., in der Mitte 0,3 Cm. Die äussere convexe Fläche des Löffels hat eine Bogenkrümmung von kleinerem Radius als die innere leicht concave, daher ist der äussere Rand des Löffels dünner als der innere das

Fenster umrahmende Rand. Die abgerundeten Enden der Löffel sind so dünn, dass sie ohne zu verletzen selbst unter den dem Kopf dicht anliegenden, gespannten und ganz verdünnten Rand der äusseren Oeffnung der Vaginalportion geführt werden können. Die Kopfkrümmung der mässig breiten Löffel legt sich so gut dem Kopf an, dass Verletzungen des Kopfes oder der mütterlichen Weichtheile durch die Enden oder Ränder der Löffel ganz unmöglich sind.

Der **Hals** der Zange ist gerade, 8,0 Cm. lang. Sein Querschnitt bildet ein Oval, dessen langer Durchmesser 1,3 Cm., dessen kurzer Durchmesser 10 Cm. beträgt. Der ganze Hals ist gut abgerundet, um seine Bewegungen längs dem Rand der geöffneten Schamspalte zu erleichtern.

Das **Schloss** der einen Zangenhälfte besteht aus zwei parallelen Bögen, zwischen denen sich ein Spalt befindet; auf der andern Hälfte der Zange ist am Schloss nur ein Bogen. Dieser gleitet beim Schliessen des Schlosses mit seiner Convexität in den Spalt zwischen den beiden Bögen der andern Zangenhälfte. Der äussere Rand der Bögen am Schloss ist mit einem Radius von 3,0 Cm., der innere mit einem Radius von 2,0 Cm. beschrieben. Die Breite jedes Bogens ist 1,3 Cm. Die Dicke der Doppelbögen ist 0,3 Cm., des einfachen Bogens 0,5 Cm.

Das Schloss hat folgende Eigenthümlichkeiten:

1. Es lässt sich in jedem Fall leicht schliessen und die Löffel liegen sich am Kopf unbedingt genau gegenüber. Das ist zum sicheren Fassen des Kopfes unumgänglich nothwendig.

2. Es lässt sich fest und sicher schliessen, ist aber doch soweit beweglich, dass es ein Anschmiegen der Löffel an den Kopf gestattet, wenn man jede Zangenhälfte ein wenig um ihre Längsaxe bewegt; ausserdem gestattet das Schloss, den einen Löffel höher anzulegen als den andern, was bei irregulären Kopflagen sehr wichtig ist.



Fig. I.

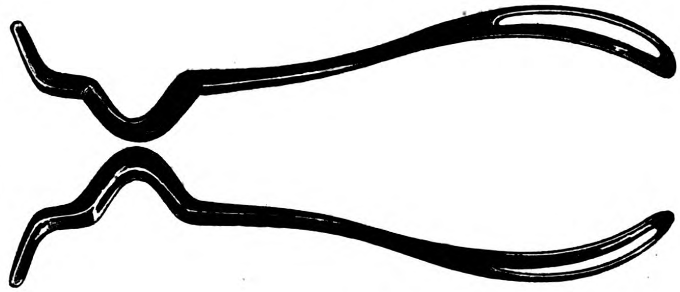


Fig. II.

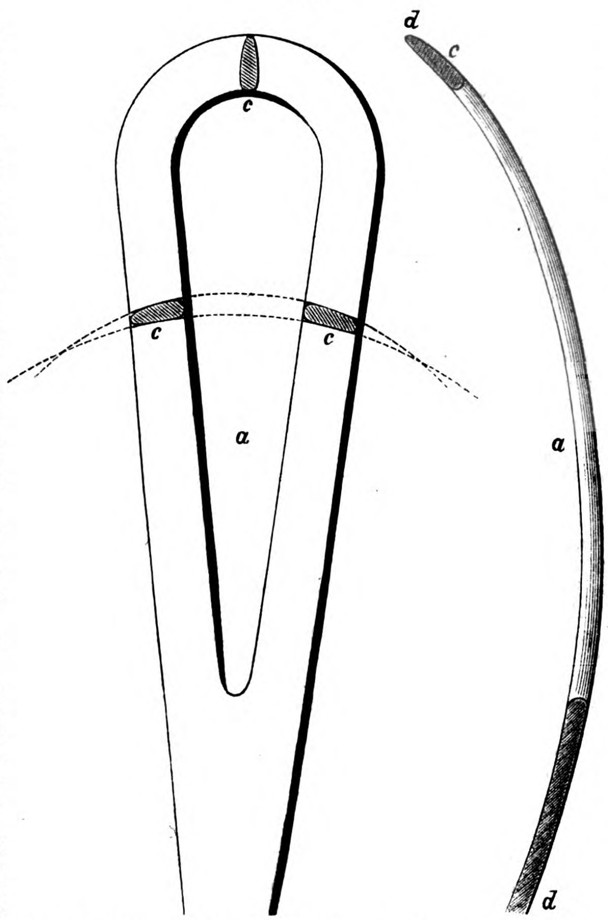


Fig. III. Zangenlöffel. Natürl. Grösse. a Fenster. — dd Kopfkrümmung. — c Durchschnitt des Fensterrahmens.

Die **Griffe** der Zange biegen in einer Entfernung von 3,0 Cm. vom Schloss fast rechtwinkelig nach aussen ab. Im abgebogenen Theil sind sie platt — oben convex, unten eben. Bei der abgerundeten Oberfläche und der Abwesenheit von scharfen Rändern und Vorsprüngen kann man die Griffe bequem in verschiedenster Weise halten, was die Ausführung von kräftigen und langdauernden Tractionen sehr erleichtert.

Selbst beim stärksten Ziehen kann man das Zusammendrücken des Kopfes vermeiden, da die ganze Kraft der Hände ausschliesslich auf die obere Fläche der rechtwinkelig abgebogenen Griffe gerichtet sein muss.

Die Haupteigenschaft meiner vervollkommneten Zange besteht in ihrer allseitigen Verwendbarkeit für alle Grössen und die verschiedenartigsten Lagen des Kopfes.

Beim Gebrauch meiner Zange beobachte ich folgende Regeln:

1. Zuerst **wird** der schwieriger anzulegende Löffel eingeführt.

2. Beim Einführen hält man den Griff wie ein Tischmesser.

3. Beim Einführen des Löffels unter den dünnen, straff gespannten Rand des Muttermundes muss man das Ende des Löffels so an den Kopf andrücken, dass es, an diesem entlang gleitend, unter den Rand des Muttermundes gelangt.

4. Nach Einführen der Löffel wird das Schloss leicht geschlossen, indem man mit den Daumen auf den Mitteltheil der Bögen des Schlosses drückt.

5. Beim Anziehen fasst man mit der einen Hand die nach aussen abgebogenen Theile des Griffes, mit der andern das Schloss, indem man in die durch

dasselbe gebildete Oeffnung einen oder zwei Finger einführt.

6. Bei der Extraction muss man dem Zug eine Richtung geben, die der relativen Stellung des Kopfes zu den Beckenwandungen entspricht; dabei muss man nicht sowohl die imaginäre Beckenaxe als vielmehr die Richtung der geneigten Flächen des Beckens im Auge haben.

7. Zur grösseren Bequemlichkeit und Gleichmässigkeit beim Extrahiren des hochstehenden Kopfes setze ich mich auf eine niedrige Bank oder lasse mich auf ein Knie nieder, so dass die Ellbogen genügend gehoben sind und der Zangengriff unter ihnen gehalten wird; ist der Kopf im Becken, so ziehe ich in horizontaler Richtung indem ich mit gesenkten Ellbogen sitze und so dass der Zangengriff etwas höher als sie gehalten wird; die Extraction des Kopfes aus dem Beckeneingang in der Richtung schräg nach oben mache ich stehend mit einer Hand, wobei die andre Hand den Damm stützt.

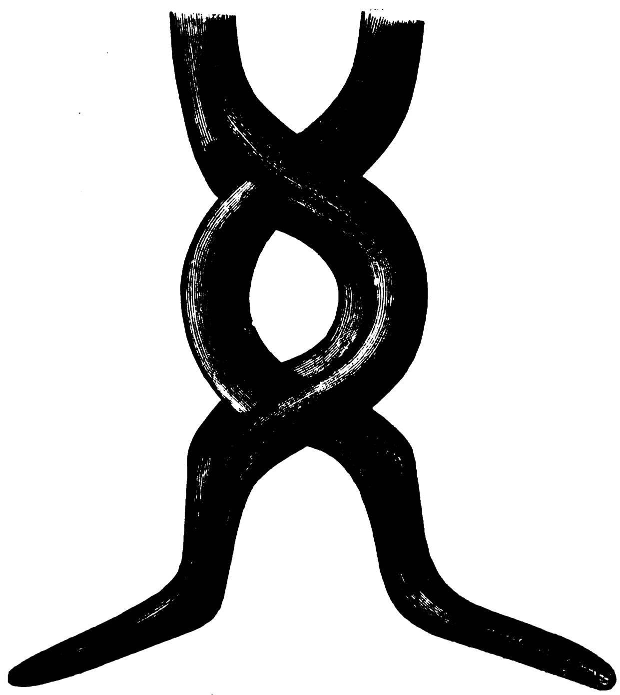


Fig. IV. Schloss der Zange. Natürl. Grösse.

Die erfolgreichen Fälle, bei denen ich meine gerade Zange in Charkow anwandte, ein Fall in Kiew, einige meiner Fälle in Petersburg, die von den Doctoren Massalitinow, Dobronrawow, Tyschko beschriebenen Fälle und endlich die erfolgreiche Anwendung meiner geraden Zange in den Kliniken von Prof. Jastrebow in Warschau und Rein in Kiew haben mich endgiltig von den wesentlichen Vorzügen meiner Zange überzeugt. Endlich bot sich mir am 23. Octbr. 1892 folgender Fall:

Bei einer Erstgebärenden floss nach einem forcirten Spaziergang einige Tage vor dem normalen Termin des Geburtseintritts das Fruchtwasser ab und nach einer Stunde begannen leichte Wehen. Diese hielten 2 Tage lang an. Nach völliger Eröffnung des Muttermundes blieb der Kopf des Kindes, mit der kleinen Fontanelle nach rechts mehr als 6 Stunden unbeweglich im Querdurchmesser des Beckens stehen. Die Aerztin S. W. Prokofjewa chloroformirte. Ich legte meine Zange im geraden Durchmesser des Beckens an, drehte sie um eine viertel Wendung und entwickelte nach 6 ziemlich starken Tractionen einen lebenden ausgetragenen Knaben ohne jede Spur von Druck seitens der Zange. Die Nachgeburtsperiode verlief gut. Dieser Fall überzeugte mich noch von dem Vorzug meiner Zange, auf den Prof. Rein besonders aufmerksam gemacht hat, dass sie nämlich auch im geraden Beckendurchmesser angelegt werden kann. Man kann mit ihr den Kopf bei jeder Lage, bei Hoch- und Tiefstand, und selbst bei Beckenverengerung bis zu 8,0 Cm. extrahiren. Endlich kann man meine Zange sehr gut auch an den Steiss anlegen.

Referate.

Behring: Die Blutserumtherapie. I und II. Leipzig, Verlag v. Georg Thieme. 1892.

Von den beiden vorliegenden Bändchen ist das 1. im Sommer, das 2. im Herbste vorigen Jahres erschienen. Weitere Veröffentlichungen unter demselben Titel stehen in Aussicht, wie aus folgenden einleitenden Worten des Verf. hervorgeht: «Im Laufe der nächsten Zeit gedenke ich über die therapeutische Wirkung des Serums, aus dem Blute immunisirter Thiere und über die Eigenschaften der im Serum enthaltenen Heilkörper eine Reihe von Abhandlungen zu veröffentlichen, welche die Ergebnisse der experimentellen Untersuchungen enthalten, die von mir und meinen Mitarbeitern bei dem Tetanus, der Diphtherie und bei Streptococcenkrankheiten gewonnen sind.»

I. Die praktischen Ziele der Blutserumtherapie und die Immunisirungs-Methoden zum Zweck der Gewinnung von Heilserum.

1. Die praktischen Ziele der Blutserumtherapie:

Das Blutserum von Thieren, welche gegen gewisse Infectionskrankheiten immunisirt worden sind, ist ein Mittel zur Heilung von anderen Thieren, welche von den entsprechenden Krankheiten befallen werden. Verf. und seine Mitarbeiter haben sich experimentell von dieser Thatsache überzeugt und sind bereits im Besitze von «Heilserum» gegen Tetanus, Diphtherie und Streptococcenkrankheiten («Puerperalfieber, bösartige Lungen-, Brustfell- und Bauchfellentzündungen; die schlimmsten Formen der Eiterfieber, sog. Septikämien und Pyämien, Gelenkeiterungen, Wundrose, Halsentzündungen u. m. A.»)

Um die Blutserumtherapie auf den Menschen auszudehnen, genügen die gewöhnlichen kleinen Laboratoriumsthiere nicht mehr als Blutlieferanten. Von grösseren zu diesem Zwecke brauchbaren Thieren nennt Verf. Pferd und Hammel, deren Serum für Einspritzungen unter die Haut des Menschen absolut unschädlich gemacht werden kann. Er postulirt ausserdem, dass das Serum derartiger Thiere nicht früher zu therapeutischen Zwecken beim Menschen verwendet werde, als bis die Section die völlige Gesundheit des Thieres erwiesen habe. Gegen Tetanus sind von grösseren Thieren Pferde und Schaafe, gegen Diphtherie Schaafe bereits immunisirt worden. Gegen die Streptococcenkrankheiten ist die Immunisation grösserer Thiere noch nicht beendigt.

Ausser der heilenden Wirkung des Serums immunisirter Thiere betont Verfasser noch besonders seine schützende Eigenschaft. Bei Tetanuserkrankungen kann man von letzterer in praxi keinen Gebrauch machen, wohl aber bei der Diphtherie, indem man bei dem Ausbruch des ersten Diphtherie-Falles in einer Familie, die übrigen Diphtheriebedrohten Mitglieder derselben unverzüglich prophylaktisch behandelt. Es ist dies um so zweckmässiger, als die schützende Wirkung des Serums sofort nach seiner Anwendung in Kraft tritt. «Auch bei den Streptococcenkrankheiten — hält Verf. — eine prophylaktische Anwendung des Heilserums, wenn dasselbe in genügender Menge und Wirksamkeit vorhanden sein wird, für sehr wahrscheinlich.»

Die aetiologische Zusammengehörigkeit aller durch Strepto-

coccen erzeugter Krankheiten, mithin auch die Möglichkeit sie alle durch dasselbe Mittel zu heilen, unterliegt nach der Ueberzeugung des Verfassers keinem Zweifel mehr. Es ist nur eine Frage der Zeit, wann der Beweis hierfür erbracht werden wird.

2. Ueber Immunisirungsmethoden zum Zweck der Heilserumgewinnung.

Mit Uebergehung der kritischen Beleuchtungen, welche Verf. an anderen Immunisirungsmethoden als der seinigen vornimmt, und einer Reihe meist unerquicklicher polemischer Auseinandersetzungen, wollen wir nur das Wesen der Behring'schen Immunisirungsmethode, wie sie in diesem Abschnitt dargestellt ist, wiedergeben. Als Ausgangspunkt diente die Beobachtung des Verf. und seiner Mitarbeiter, dass es möglich ist mit Diphtheriebacillen inficirte Meerschweinchen durch rechtzeitige Anwendung gewisser chemischer Stoffe zu heilen. Hierher gehören Goldnatriumchlorid, Naphtylamin, Trichloressigsäure, Carbolsäure und vor Allen Jodtrichlorid. Auf diese Weise ganz ausgeheilte Meerschweinchen erwiesen sich als immun gegen nachträgliche Injection vollvirulenter Diphtherieculturen. Die späteren Versuche wurden nur noch mit Jodtrichlorid ausgeführt und die Einwirkung desselben auf die Mikroben ausserhalb des Organismus verlegt, indem man die Culturen mit JCl_3 vorbehandelte und dann den Versuchsthieren zum Zweck der Immunisation injicirte. Die auf diese Weise gewonnene neue Methode ist besonders ausgearbeitet für Tetanus und besteht in Folgendem. Man bedient sich einer Bouilloncultur von bestimmter Virulenz. Letztere wird durch Feststellung der sicher tödtlichen Minimaldosis für Kaninchen oder Mäuse genau präcisirt. Behufs Conservirung bei längerer Aufbewahrung erhält die Cultur einen Zusatz von 0,5 pCt. Carbolsäure. Sodann wird dieselbe in mehrere Portionen getheilt, von denen eine nicht weiter vermischt wird, während zu den übrigen verschiedene Mengen von JCl_3 hinzugefügt werden. Man beginnt den Immunisirungsprocess mit Injection eines Theiles der Mischung mit dem höchsten Procentgehalt von JCl_3; wiederholt diese nach einigen Tagen; geht darauf zu einer Mischung über, welche weniger JCl_3 enthält u. s. f., bis das Thier grosse Mengen vollvirulenter Culturen anstandslos verträgt. Das Blutserum von Thieren, welche auf diesem Wege hochimmun gemacht worden sind, besitzt die oben angegebenen heilenden und schützenden Eigenschaften. Bezüglich der Maass- und Zeitangaben, sowie der zu beobachtenden Vorsichtsmaassregeln muss auf das Original verwiesen werden. So glänzende Resultate der von Behring ausgearbeitete Immunisationsmodus verspricht, so mühsam und dornenvoll ist derselbe: um Pferde gegen Tetanus zu festen, sind viele Monate, um Schaafe gegen Diphtherie zu schutzimpfen, sogar Jahre erforderlich.

Schliesslich findet sich in diesem Abschnitt noch die Angabe, dass Verf. unter Mithilfe von Knorr die Eigenschaften der im Tetanus-Serum enthaltenen Heilkörper festzustellen sich bemüht hat und zu der Erkenntniss gekommen ist, dass diese Körper eine ungeahnte Widerstandsfähigkeit gegen physikalische, chemische und atmosphärische Einflüsse besitzen, dass sie bei der Dialyse des Serums in das Dialysat übergehen und dass sie in demselben die charakteristischen Eiweissreactionen durchaus vermissen lassen.

II. Das Tetanusheilserum und seine Anwendung auf tetanuskranke Menschen.

Im Vorwort theilt Verf. mit, dass er die experimentellen Vorarbeiten über das Tetanusheilserum für im Wesentlichen abgeschlossen hält und sich in Zukunft auf Heilversuche am Menschen beschränken will, während Prof. Schütz es auf sich genommen hat, die Heilversuche an Thieren (bes. Pferden) zu sammeln und zu publiciren.

1. Das Tetanusheilserum und die Bestimmung seines Heilwerthes (Behring).

Obwohl die Tetanusheilsubstanz noch nicht frei von den übrigen Bestandtheilen des Blutes hat dargestellt werden können, so ist Verf. doch auf Grund mannigfacher Beobachtungen der Ansicht, dass diese Substanz immer qualitativ identisch ist, gleichviel von welchen Thieren sie stammt, und welche Immunisationsmethode angewandt worden sein mag. Ferner sagt Verf. «dass die Tetanus-Heilsubstanz ausschliesslich im Blute tetanusimmunisirter Thiere zu finden und dass sie von einer grossen Dauerhaftigkeit ist.» Er befindet sich hierbei im Widerspruch mit Buchner. Die Eiweissnatur der wirksamen Substanz stellt Verf. entschieden in Abrede, hält aber ihre Entstehung aus den Eiweissstoffen des Blutes für sehr wahrscheinlich.

In Bezug auf die Anwendung des Tetanus-Serums bei tetanuskranken Menschen hat sich Verf. zunächst die Frage vorgelegt, ob solche Menschen etwa leichter zu retten sind, als die Versuchsthiere; dieses ist jedoch nicht der Fall, denn ein Serum, welches noch keine Heilkraft bei den leicht für Tetanus empfänglichen Thieren aufweist, ist auch für Menschen unwirksam, und ferner hat sich gezeigt, «dass ein Serum, welches tetanuskranke Mäuse heilt, zur Erreichung einer specifischen Heilwirkung beim Menschen in einer Menge zur Anwendung kommen muss, welche die zur Heilung der Mäuse erforderliche Menge umsoviel übertrifft, als das Körpergewicht der zu behandelnden Menschen grösser ist, wie bei der Maus».

Hierauf tritt Verf. an die Frage heran, welches diejenige Minimaldosis ist, unter die nicht herunter gegangen werden darf, wenn man Heilresultate bei solchen tetanuskranken Menschen erreichen will, die ohne Behandlung mit Tetanusheilserum sicher sterben würden. Eine genaue Wiedergabe der höchst interessanten Berechnung dieser Minimaldose würde zu weit führen; das Resultat ist folgendes: Von einem T-heilserum mit dem Immunisirungswerth 1:1 Million müssten für den Menschen 100 gr. zur Anwendung kommen — aber auch diese würden nur in einem kleinen Theil der Fälle von sicher tödtlicher Infection ausreichen. Es existirt aber auch schon ein Serum mit dem Werth 1:10 Millionen, welches nach des Verf. Berechnung im Stande ist die T-sterblichkeit von 80—85 pCt. auf 25—30 pCt. herunterzudrücken. Schliesslich hofft er aber auch noch ein Serum mit dem Werth 1:100 Mill. herzustellen, mit dessen Hilfe die T-sterblichkeit auf 5 höchstens 10 pCt. sinken soll.

2. Ueber die Verschiedenheit der Blutserumtherapie von anderen Heilmethoden und über die Verwendung des Tetanusheilserums zur Behandlung des Wundstarrkrampfes beim Menschen (Behring).

Historischer Rückblick, kritische Betrachtungen, praktische Bemerkungen. Ref. glaubt diesen zum Referat nicht geeigneten Aufsatz um so eher übergehen zu dürfen, als vorauszusetzen ist, dass ohne vorhergehendes Studium der Originalarbeiten Behring's schwerlich jemand zur Anwendung des neuen Heilverfahrens schreiten wird.

3. Ein mit Tetanusheilserum behandelter Fall von Wundstarrkrampf (J. Rotter).

Es handelt sich in diesem Falle um einen Patienten, bei welchem der Tetanus nach 8-tägiger Incubation zum Ausbruch gelangt, aber nur eine mässig schnelle Progression zeigte. Erst 14 Tage nach dem Erscheinen der ersten Symptome wird mit der specifischen Therapie begonnen. Die Progredienz hört sofort auf, die Tetanuserscheinungen halten sich einige Tage auf gleicher Höhe, darauf tritt allmähliche continuirliche Besserung ein, welche in völlige Genesung übergeht. Im Ganzen sind 250 gr. des Heilserums zur Anwendung gekommen. Die Einspritzungen selbst werden anstandslos vertragen, selbst «50 gr. in eine Hauttasche auf einmal injicirt, wurden in wenigen Stunden unter kurz angewandter leichter Massage zur Resorption gebracht, ohne dass das Gewebe irgend welche Reizung erfuhr». Obwohl dieser Fall wegen seiner kurzen Incubationszeit zu den mit sehr schlechter Prognose gehörigen zu zählen ist, so hält Verf. es doch nicht für absolut ausgeschlossen, dass derselbe angesichts der langsamen Symptomenentwickelung doch noch hätte in Selbstheilung ausgehen können. Jedenfalls aber ist der durch die eingeleitete Behandlung erfolgte Umschwung höchst bemerkenswerth und schwerlich durch eine Coincidenz der Naturheilung mit dem Beginn der Serumtherapie zu erklären. Wie Verf. selbst bemerkt, ist ein vereinzelter derartiger Fall nicht beweisend, sondern wird erst dazu, sobald 10 oder auch nur 5 analoge Beobachtungen vorliegen.

4. Ueber Heilwirkung des Tetanusheilserums bei tetanuskranken Schaafen und Pferden. (Behring und Casper).

Die in diesem Aufsatz kurz besprochenen Fälle, werden seiner Zeit von Prf. Schütz noch ausführlich mitgetheilt werden. Die Thiere erkrankten während der Immunisation und wurden mit Heilserum resp. Tetanusheilblut wieder hergestellt. Bei dieser Gelegenheit sind mehrere interessante Beobachtungen gemacht worden, welche wir kurz berichten wollen. Das Serum eines T-immunen Pferdes hatte den Wirkungswerth 1:10 Millionen. Um diesen Werth zu steigern, wurde dem Pferde von Neuem eine grosse Menge besonders virulenter T-cultur eingespritzt. Hierauf erfolgte eine mit Temperatursteigerung einhergehende Reaction. Die gewünschte Steigerung des Wirkungswerthes trat erst nach völlig abgelaufener Reaction d. h. erst nach Wochen ein — aber, was das Bemerkenswerthe ist, zur Zeit der Reaction sank der bisher beobachtete Wirkungswerth des Blutserums auf einen Bruchtheil seiner bereits erreichten Höhe zurück. — In Bezug auf die Bedeutung der Temperatursteigerung bei T-erkrankten Thieren haben Verf. folgendes erkannt. Das Fieber ist entweder ein prämortales Symptom — oder aber ein Vorläufer der Genesung. Jedenfalls haben sie bei ihren Immunisations- und Heilversuchen immer constatiren können, dass die Thiere vor der Rückkehr zum normalen Zustande eine verschieden lange andauernde Temperatursteigerung aufwiesen. Dieselbe soll zeitlich zusammenfallen mit der Bildung der Heilstoffe im Organismus und ihre Intensität dem Grade des erlangten Effectes entsprechen.

Wladimiroff.

Adamkiewicz: Zur Behandlung des verletzten Gehirns. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 2, 1893).

Verf. hat sich der Mühe unterzogen den Einfluss der üblichen Antiseptica auf das Gehirngewebe exact zu prüfen und festzustellen, ob die fäulnisswidrigen Wirkungen der gebräuchlichen antiseptischen Mittel nicht zu theuer erkauft würden durch den Schaden, welchen dieselben als chemisch differente Substanzen der Nervenmasse zufügen. Die chemischen Stoffe können von drei Pforten aus auf das Gehirn einwirken: von der Oberfläche, von den Blutgefässen und vom Gehirnparenchym. Wie sehr sich nun die Wirkungen ein und desselben Stoffes auf das Gehirn unterscheiden, je nachdem sie von diesen drei Angriffspunkten aus in dasselbe eindringen, zeigt schon der Versuch mit einer sonst indifferenten Flüssigkeit. Man kann z. B. destillirtes Wasser auf die Oberfläche des entblössten Gehirns eines Kaninchens stundenlang auftropfen lassen, ohne die geringste Erregung des Gehirns hervorzubringen. Dagegen genügen 3—5 Ccm. desselben Wassers, wenn man sie in eine der Carotiden spritzt um schwere Reiz- und Lähmungserscheinungen von Seiten des Gehirns hervorzurufen. Zwischen diesen beiden extremen Wirkungen stehen gleichsam in der Mitte die Wirkungen von Injectionen desselben Medium in das Gehirnparenchym. Da nun jede Gehirnwunde nichts anderes ist, als eine Continuitätstrennung des Parenchyms, so muss demnach die Desinficirung von Hirnwunden der Einwirkung der desinficirenden Stoffe auf das blossgelegte Parenchym entsprechen. A. spritzte die gebräuchlichsten Antiseptica (gleich temperirt und gleiche Mengen — immer 1.0) in die Gehirnsubstanz der Versuchsthiere ein und erhielt folgende Ergebnisse: Carbolsäure in 3 pCt. Lösung ruft sehr heftige klonische Zuckungen in den Muskeln des Kopfes, des Gesichts, der Kaumuskeln und Pfoten hervor, worauf nach wenigen Secunden gleichfalls der Tod erfolgt. Bei Anwendung einer Lösung von 1:200 tritt eine über eine Stunde dauernde tiefe Betäubung ein; darauf erholen sich die Thiere allmählich. Sublimat: schädigt das Gehirn selbst in einer zehntausendfachen Verdünnung; auch hier treten Reizungs- und Lähmungserscheinungen ein; 1 pro mille Sublimatlösung tödtet das Versuchsthier binnen einer halben Stunde. Borsäure: Eine 3%ige Lösung alterirt das Gehirn nicht im mindesten. Das Versuchsthier verträgt solche Injectionen ohne die geringsten nachtheiligen Folgen. Aus seinen Versuchen schliesst A. dass für die Desinfection von Hirnwunden die Carbolsäure und besonders das Sublimat ganz zu vermeiden sind. Dagegen kann die Borsäure selbst in 3%iger Lösung ohne Gefahr angewandt werden.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Alberto Illich. Beitrag zur Klinik der Aktinomykose. Wien, Josef Safar, 1892.

Das Buch bietet sehr schätzenswerthe casuistische Beiträge. In ihm ist das sehr grosse Material der Albert'schen Klinik in Wien bearbeitet. Ausser einer genauen Krankheitsbeschreibung von 54 Fällen von Aktinomykose aus der genannten Klinik werden in dem Buch noch 367 anderweitig beschriebene Fälle kurz referirt und mit epikritischen Bemerkungen versehen. Das gesammte Material ist nach der Localisation des Krankheitsprocesses (Kopf und Hals, Zunge, Lunge, Bauch, Haut) in Gruppen getheilt, was als sehr zweckmässig bezeichnet werden muss, da bei der Aktinomykose mehr als bei den meisten andern Infectionskrankheiten das Krankheitsbild, die Prognose und Behandlung durch die anatomische Lage der erkrankten Partien beeinflusst und bestimmt wird. Die bekannten Ausführungen von Schlange, aus denen evident hervorgeht, dass die A. bei weitem nicht so gefährlich ist, wie es früher angegeben wurde, sondern im Gegentheil meist durch relativ wenig eingreifende chirurgische Behandlung geheilt werden kann, werden von Illich vollauf bestätigt. Die beste Prognose geben die Fälle, wo die Zunge allein erkrankt ist, sie heilen bei einfacher Incision und Auskratzung. Am Kopf und Hals lässt sich der Process allermeist leicht beherrschen, wenn er sich nicht in Regionen verbreitet, die ganz unzugänglich sind (Schädelbasis, Senkungen in das Mediastinum posticum). Eingreifende Knochenoperationen (Kieferresectionen) sind früher meist unnöthiger Weise gemacht worden, da die Knochen nur ganz ausnahmsweise primär und in grösserer Ausdehnung erkranken. — Die Lungenaktinomykose giebt eine fast letale Porgnose. Den von J. als Unica bezeichneten 2 Heilungsfällen von Lungenaktinomykose, über die Schlange berichtet, muss noch ein Fall von Kadjan aus dem hiesigen weiblichen Obuchow-Hospital angereiht werden. Heilungen von Bauchaktinomykose sind keine Seltenheiten; immerhin ist die Prognose ernst, da vielfache Complicationen und Metastasenbildungen hier häufiger sind als an andern Orten. — Primäre Aktinomykose der Haut ist sehr selten und tritt zuweilen in Formen auf, die ohne genaue Untersuchung schwer von andern Hautaffectionen (Lupus) zu unterscheiden sind.

Die Therapie hat sich in der Regel auf Incision, Auskratzung, feuchtwarme Umschläge zu beschränken. Sehr gute Dienste leisten in manchen Fällen Injectionen von Sublimatlösung in die derben Infiltrationen. Mehr acut verlaufende und schnell erweichende aktinomykotische Infiltrationen erfordern nur die erstgenannten Eingriffe, die oft garnicht einmal sehr ausgiebig zu sein brauchen. Bei mangelhafter Neigung zur Einschmelzung oder wo ein diffuses Infiltrat sich in unerreichbare Regionen auszubreiten droht, sind Sublimatinjectionen (1 pro mille bis 1 pCt., am besten ¼ pCt.-ige Lösungen, 4—5 Pravaz'sche Spritzen täglich) am Platz. Sie sind zuweilen recht schmerzhaft und bewirken stärkere reactive Schwellung, fördern aber sehr die Verkleinerung und hindern die Weiterverbreitung der Infiltrationen.

Am Schluss des Buches findet sich ein ausführliches Literaturverzeichniss.

Die Ausstattung ist sehr gut.

Wanach.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzungen am 5. und 19. Januar 1893.

1. Herr Anders referirt in beiden Sitzungen über Studien und Schädeluntersuchungen, welche er betreffs der Topographie des antrum mastoid. im Kindesalter im Hinblick auf die Trepanation des Felsenbeines angestellt hat. — Zunächst auf die einschlägige Literatur zurückgreifend, bespricht Ref. das zumeist gebräuchliche Verfahren nach Schwartze, welches er über 100 Mal am Lebenden ausführte, — das Verfahren nach Tröltsch vom meatus aud. ext. aus, die Wolf-Küster-Bergmann'sche Abmeisselung der hinteren Gehörgangswand und verweilt länger bei den Hartmann'schen Schädeluntersuchungen, die derselbe im 21. Bande des Langenbeckschen Archives mitgetheilt. Ref. bekennt sich in dem Streite der Autoren — wie Tröltsch, Pagenstecher Jacoby, Lucae, Schwartze und Epsel, welche hinter der Ohrmuschel trepaniren, im Gegensatz zu Bezold, Buck, Politzer und Andern, welche die Operation vor der Insertionslinie der Ohrmuschel vorzunehmen rathen, — zu den Letzteren, und beschreibt auf Grundlage seiner Untersuchungen am Felsenbeine, an der Hand sagittaler, in der Tiefe von 5 mm. angelegter Sägeschnitte ein Vorgehen vom Eingangstheile des meat. aud. ext. aus, das er vielfach an der Leiche und in letzter Zeit am Lebenden geübt. — Das Streben des Refer. war, eine möglichst genaue anatomische Bestimmung des directesten und gefahrlosesten Weges zum Antrum mastoid. im Alter bis zu 5 Jahren. Zu diesem Zwecke hob A. die Felsenbeine an der Leiche beiderseits heraus, legte den genannten Sägeschnitt durch das eine an und trepanirte das andere auf dem durch die Untersuchung als am directesten zum antrum führenden Wege. A. findet den Punkt von welchem aus die Trepanation zu beginnen, im Alter bis 5 Jahren 2—3 mm. unterhalb der spina supra meatum herab an der Umschlagskante des proc. mastoid. zum meat. aud. ext. und von hier 2 mm. nach innen zur hinteren Wand des knöchernen Gehörganges. Die Meisselrichtung ist hierbei die von unten vorne nach hinten oben und innen. An zahlreichen Präparaten und Zeichnungen weist Ref. darauf hin, dass in einer Reihe von Fällen im frühen Kindesalter nur so mit Sicherheit die Eröffnung der mittleren und hinteren Schädelgrube vermieden werden kann. Wenn so bei intacter corticalis das Antrum eröffnet, ist es leicht sich zu orientiren, wie weiter in Fällen der Nothwendigkeit zur Paukenhöhle vorzudringen. — Ref. demonstrirt besonders Felsenbeine, an welchen die mittlere und hintere Schädelgrube sich derart in die Längen- und Breitendimensionen der pars mastoid. hineinwölben, dass ein operatives Vorgehen hinter der Insertionslinie der Ohrmuschel unmöglich ist. Weder die linea temporalis bezeichne ausnahmelos das Niveau der Basis der mittleren Schädelgrube, noch sei auf der anderen Seite ein sicherer Anhaltspunkt in der Stellung der oberen Gehörgangswand gegeben. — Letzteres demonstrirt A. an Präparaten, in welchen das Antrum über dem meatus sich befindet, weshalb der Meissel in diesen Fällen den Boden des Antrum in einer Richtung von unten vorne nach hinten oben und innen vom genannten Punkte aus erreicht. — Nachdem Ref. auf einige genauere Einzelheiten in der Lage des Antrum mastoid. bei Kindern bis zu ½ Jahre gegenüber der bei älteren eingegangen, weist er zum Schlusse auf den wesentlichen Unterschied in den Verhältnissen bei vorgeschrittenen pathologischen Processen hin, welche dieses Mal nicht Gegenstand der Besprechung waren. — Die Arbeit mit einem von A. gezeichneten Atlas, die Topographie des Antrum mast. im frühen Kindesalter behandelnd, ist für die Veröffentlichung bestimmt.

Herr Schmitz erkennt den von Anders vorgeschlagenen Weg zum Antrum mastoideum durch die zwischen diesem und dem Meatus aud. ext. belegene Knochenpartie als praktisch an.

Herr Wanach möchte bei Erwachsenen dem Schwartze-'schen Verfahren den Vorzug geben, bei welchem man wohl auch schwerlich in die Schädelgrube gelangt. Ein Vorgehen, welches dem von Anders vorgeschlagenen sehr nahe kommt, wird von Pollitzer für Ausnahmefälle reservirt, bei welchen man auf dem gewöhnlichen Wege nicht zum Ziele kommt.

Herr Dombrowski stimmt mit Anders darin überein, dass bei Aufmeisselung des Antrum mastoid. die Linea temporalis nicht als obere Grenze angenommen werden darf. Das gilt jedoch nicht für die obere Gehörgangswand. Wenn man sich an die obere und hintere Gehörgangswand hält, so kann man selbst bei abnormem Tiefstand der mittleren Schädelgrube oder starker Vorwölbung der fossa sigmoidea nicht in die Schädelhöhlen gelangen. Das Schläfenbein des Kindes unterscheidet sich, nach den gangbaren anatomischen Werken, in Bezug auf die Schädelhöhlen nicht von dem der Erwachsenen. Daher glaubt D. auch bei Kindern nicht von der üblichen Hartmann'schen Methode abgehen zu müssen, zumal, da bei Kindern das Antrum wegen seiner oberflächlichen Lage und Grösse leichter zu eröffnen ist als bei Erwachsenen.

Anders beruft sich dagegen auf einige von ihm demonstrirte Präparate, wo das Antrum mastoideum vollkommen oberhalb der oberen Wand des Meatus audit. ext. seinen Sitz hat. In Bezug auf die obere und hintere Gehörgangswand als Anhalt für den Stand der beiden Schädelgruben greift A. auf mehrere seiner Präparate zurück, wo die Dimensionen der Knochenpartien der Pars mastoidea ad minimum von den beiden Schädelgruben eingeengt sind, sodass eine Vermeidung der Eröffnung der letzteren unmöglich ist; und doch müssen wir jene enge Knochenpartie mit dem Meissel passiren.

2) Herr Schmitz stellt (am 19. Jan.) einen 4-jährigen Knaben aus dem Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg vor, an dem er wegen Coxitis tuberculosa eine partielle Arthrektomie mit Erhaltung des Femurkopfes ausgeführt. Das Leiden soll im Mai v. Jahres begonnen haben, im September wurde das Kind in's Hospital aufgenommen; die conservative Behandlung blieb ohne Erfolg. Es wurde zur Operation geschritten, in der Voraussetzung, dass das Collum femoris ergriffen sei; als letzteres aufgemeisselt wurde, erwies sich der Knochen gesund; hierauf Eröffnung der Gelenkkapsel; der Femurkopf war mit Ausnahme einer kleinen Stelle, welche abgetragen wurde, gesund und glatt; die Synovialis fungös; im Gelenk käsiger Eiter, die Pfanne leicht usurirt; die Synovialis wurde, soweit sie erkrankt war, entfernt, die Pfanne ausgekratzt. Die Heilung verlief gut. Gegenwärtig ist die Beweglichkeit im Gelenk eine sehr gute, der Knabe hat keine Schmerzen, hinkt wenig (hat übrigens ausserdem ein Genu valgum). Auf diesen und ähnliche, von anderen mitgetheilte Fälle gestützt, will Schm. künftighin den Femurkopf nach Möglichkeit schonen, besonders in Fällen, welche wie der mitgetheilte, frühzeitig zur Operation kommen.

Herr Tiling weist darauf hin, dass man im Allgemeinen selten Gelegenheit hat, in frühen Stadien zu operiren, da meist vorher andere Heilversuche gemacht werden.

3) Herr Abelmann stellt (am 19. Januar) ein 6-jähriges Mädchen aus dem Elisabeth-Kinderhospital vor, das nach einem schweren Keuchhusten Bronchenerweiterungen und bronchiektatische Cavernen acquirirt hat. Neben dem äusserst übel riechenden Auswurfe, der die für putride Bronchitis charakteristische Dreischichtung zeigt, lassen sich als Symptome der Bronchiektasie links hinten und in der Axelhöhle, ferner rechts in der Scapulargegend Cavernen leicht nachweisen. Auf Tuberkelbacillen wurde das Sputum häufig untersucht und zwar immer mit negativem Resultate, elastische Fasern finden sich auch nur spärlich, dagegen massenhaft Rundzellen, Fetttröpfchen und Fettsäurenadeln. Im Anschlusse an den vorgestellten Fall erörtert Vortragender die Entstehungsweise der Bronchektasie namentlich in Bezug auf den vorangegangenen Stickhusten und betont die Gefahr der Bildung permanenter Atelektasen in Folge schwerer Paroxysmen. Bezüglich der Therapie des Keuchhustens spricht sich Vortragender entschieden für die Anwendung der Narcotica, namentlich des Morphium und Codein bei schweren Fällen, aus. Zu berücksichtigen wäre auch die pneumatische Therapie insbesondere als Vorbeugungsmassregel schwerer Nachkrankheiten, wie Emphysem, lobulärer Pneumonieen, Bronchiektasen etc.

4. Herr v. Schrenck demonstrirt (am 19. Jan.) ein durch Myomotomie gewonnenes Präparat: von Myomen durchsetzter Uterus mit den beiden erweiterten Tuben; an der linken eine parovariale Cyste. Die Operation wurde im Evangelischen Hospital ausgeführt. Stielversorgung nach Fritsch, Verlauf bisher günstig.

Secretär: E. Blessig.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Ihle tritt warm für die Desinfection der Instrumente durch Kochen in 1 pCt. Sodalösung ein, warnt aber vor den Handelspräparaten der Soda, da sie sehr bedeutende (bis 75 pCt.) unberechenbare Verunreinigungen enthalten. Man nehme auf einen halben Liter Wasser mindestens einen gestrichenen Esslöffel gepulverter Soda; ein grösserer Zusatz derselben schadet der Schärfe der Messer auch nicht. J. empfiehlt Blechkasten mit Stegen für die Messer zum Einsatz in den Kochtopf, warnt vor Drahtgestellen zu diesem Zweck, da sie rosten und schmutzen.

(Aerztl. Praktiker Nr. 50.)

— Bei den adynamischen Zuständen des Herzens, wie sie im Verlaufe von Pneumonie, Typhus, Influenza, ferner bei Herz- und Nierenerkrankungen auftreten, hat de Giovanni (Padua) das Strychnin mit äusserst gutem Erfolge angewendet. Die erste Dosis beträgt subcutan 0,001, per os 0,002 und G. steigt dann rasch auf 0,005—0,012 pro die.

(Semaine méd. Nr. 55. 1891).

Vermischtes.

— Der Professor der Dorpater Universität Dr. R. Thoma, dessen bevorstehendes Scheiden aus Dorpat wir vor einiger Zeit meldeten, hat, wie die «N. Dörptsche Ztg.» erfährt, sich entschlossen, noch fernerhin seine Thätigkeit auf dem Lehrstuhl der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie an der Dorpater Universität fortzusetzen.

— Zum Professor der speciellen Pathologie und Therapie an der Universität Kiew ist der dortige Privatdocent Dr. W. Obraszow ernannt worden.

— Der ausserordentliche Professor der Psychiatrie an der Berliner Universität, Dr. Siemerling, ist zum Professor der Psychiatrie und Director der psychiatrischen Klinik an der Universität Tübingen ernannt worden.

— Am 8. März n. St. beging der Director des physikalischen Instituts der Berliner Universität, Prof. Dr. Aug. Kundt, welchem die Wissenschaft so manche hochbedeutende Entdeckungen auf verschiedenen Gebieten der Physik verdankt, sein 25-jähriges Jubiläum. Kundt's Lehrthätigkeit in den 25 Jahren vertheilte sich auf die Universitäten Zürich, Würzburg, Strassburg und (seit 1888) Berlin.

— Verstorben: 1) Am 27. Februar in Alexandrowsk-Gruschewsk (Dongebiet) der dortige Arzt Joh. Leporski am Schlage. 2) In Moskau Dr. Nikolai Kornatowski im 83. Lebensjahre. Der Verstorbene war früher Arzt an Militärhospitälern in Moskau und St. Petersburg und hat auch am Krimkriege theilgenommen. Nach Sibirien verbannt, lebte er längere Zeit in Tomsk und erhielt erst i. J. 1883 die Erlaubniss zur Rückkehr nach Moskau. 3) In Tiflis der ehemalige Bezirksarzt in Merw Kasimir Rutkowski im Alter von 40 Jahren durch Selbstmord in Folge von Alkoholismus. 4) In Kowno am 4. Februar der dortige Stadtarzt M. A. Tschishikow am Typhus. 5) Am 15. Februar in Woronesh der dortige Arzt Constantin Posharski plötzlich am Krankenbett.

— Die Permsche Gouvernements-Landschaftsversammlung hat beschlossen, die drei Waisen des Dr. Alexandrow und seiner Frau, der Aerztin E. W. Krotowa-Alexandrowa, welche beide ein Opfer des Flecktyphus wurden (cfr. Nekrolog S. 63 dies. Wochenschr.), eine einmalige Unterstützung im Betrage von 600 Rbl. zu gewähren und denselben auch in Zukunft materielle Hülfe zukommen zu lassen. (Wr.)

— Ein dem Ssaratowschen Incident mit den dortigen Landschaftsärzten, welche vor Jahresfrist wegen beleidigenden Gebahrens des Ssaratowschen Landschaftspräsidenten Kropotow in corpore ihren Abschied nahmen (cfr. Jahrg. 1892, S. 117 d. Wochenschr.), ähnlicher Fall hat sich neuerdings im Pokrowschen Kreise des Wladimirschen Gouvernements ereignet. Wie damals in Ssaratow, so haben sich auch jetzt in Pokrow sämmtliche 5 Aerzte des Kreises (A. Bondyrew, N. A. Kargopolski, J. P. Nikolski, P. M Poljanski und A. F. Tichomirow) durch das beleidigende Gebahren des Pskowschen Landschaftspräsidenten Poliwanow, welcher die Aerzte wie Miethlinge und untergeordnete Personen behandelte, veranlasst gesehen, ihren Dienst zu quittiren. Das mannhafte Auftreten der Pokrowschen Aerzte hat auch schon eine moralische Unterstützung gefunden seitens des gerade tagenden Congresses der Landschaftsärzte des Wladimirschen Gouvernements, welche den obigen 5 Collegen in einer Adresse ihre volle Sympathie ausgedrückt und deren von der ärztlichen Würde geforderten äussersten Schritt gebilligt haben. Erfreulich ist, dass auch fast die gesammte Presse die Rechtlosigkeit der Aerzte gegenüber den Landschaftsämtern bespricht und die Nothwendigkeit einer Regelung des Verhältnisses der Aerzte zu den Landschaften auf dem Wege der Gesetzgebung betont.

— Am 7. März fand der feierliche Jahresact in der hiesigen militär-medicinischen Academie

statt. Dem auf demselben verlesenen Jahresbericht entnehmen wir nachstehende Daten. Die Zahl der Studirenden und Zuhörer belief sich am Ende des Jahres 1892 auf 714, von denen 22 aus slavischen Ländern stammen. Den Cursus absolvirten 149, von denen 105 das Arztdiplom erhielten. Für Lösung der Preisaufgaben erhielt der Student Gustav Mohr eine goldene Medaille und der Student Alex. Metz die Iljinski Prämie. Das Lehrpersonal bestand am Ende des Jahres aus 5 Akademikern, 21 ordentlichen Professoren, 12 ausserordentlichen Professoren, 11 Prosektoren, 3 Laboranten, 7 Assistenten und 3 Präparatoren. Behufs weiterer Ausbildung waren der Academie 117 Aerzte zucommandirt. An gelehrten Würden hat die Academie i. J. 1892 verliehen: 1) die Würde eines Medicinalinspectors 4 Personen 2) eines Kreisarztes 1 Person 3) eines Dr. med. 113 Personen 4) eines Arztes 144 Personen 5) eines Dentisten 29, 6) einer Hebamme 185; 7) eines Magisters der Pharmacie 2 und 8) eines Apothekergehilfen 5 Personen. Zur Bekämpfung der Cholera und Typhusepidemie waren im vorigen Sommer 258 Studenten abcommandirt, von denen 3 ein Opfer der Epidemie geworden sind.

— Das Kapital der hiesigen Gesellschaft der Aerztinnen zur gegenseitigen Unterstützung beträgt gegenwärtig 2186 Rbl. An Darlehen und Unterstützungen sind im verflossenen Jahre 1757 R. verausgabt worden.

— Dr. Chawkin (aus Odessa gebürtig) ist vor einer Woche im Auftrage der englischen Regierung mit einer wissenschaftlichen Expedition nach Indien gereist, um dort seine Schutzimpfungen gegen die Cholera in grossem Massstabe an der dortigen Bevölkerung zu versuchen. Von der englischen und französischen Regierung hat die Expedition, welche über ein Jahr lang in Indien verweilen und ihren Sitz in der Hauptstadt Kalkutta nehmen wird, Schutz- und Geleitsbriefe erhalten.

— Dem Beispiele anderer Landschaften folgend, hat auch die Samarasche Landschaft beschlossen, das Leben ihres medicinischen Personals angesichts des Wiederauftretens der Cholera auf 6 Monate zu versichern, und zwar die Aerzte auf 5000 Rbl. und die Feldscherer auf 1500 Rbl.

— Der livländische Gouverneur hat angeordnet, dass mit dem Moment des Auftretens der Cholera in Livland besondere Landärzte angestellt werden, und zwar für den Wolmarschen Kreis 5, für den Rigaschen und Arensburgschen je 4, für den Dörptschen und Pernauschen je 3, für den Werroschen 2 und für den Walkschen 1 — im Ganzen also 22 Aerzte. An Gehalt erhalten die Aerzte 150 R. monatlich. Personen, welche auf diese Posten reflectiren, müssen ein Arztdiplom oder ein Zeugniss darüber haben, dass sie den höheren medicinischen Cursen angehören. Die Zeit der Anstellung und die Dauer des Dienstes auf dem bezeichneten Posten, die Bestimmung des Kirchspiels, in welches die Aerzte delegirt werden, sowie die Anweisung ihres Wohnorts hängen vom Ermessen der Gouvernements-Obrigkeit ab.

Reflectanten werden ersucht, sich schon jetzt bei der Medicinalabtheilung der Livländischen Gouvernements-Regierung zu melden.

— Die Gesellschaft der Moskauer Zahnärzte wird in nächster Zeit ihr eigenes Organ haben, welches von dem Dentisten M. Feinemann in Moskau herausgegeben werden wird und den Titel «Zeitschrift für zahnärztliche Wissenschaft und Technik» (Вѣстникъ зубоврачебной науки и техники) führen wird.

— Von Wien aus geht auf Initiative Prof. Billroth's ein des 19. Jahrhunderts würdiges humanitäres Unternehmen, die Gründung eines «Samariterbundes» aus. Am 1. März n. St. fand im Saale des Hôtel Bristol zu Wien die constituirende Versammlung des Organisations-Comités des I. internationalen «Samariter-Congresses», welcher in Wien im Juli d. J. tagen wird, statt. In derselben wurden Prof. Dr. Billroth zum Präsidenten, der Bürgermeister von Wien Dr. Prix und der Vicepräsident des österreichischen patriotischen Hülfsvereins Dr. Anton Loew zu Vicepräsidenten des Congresses gewählt.

In dem «Samariterbunde», dessen Gründung der I. internationale Samaritercongress anstrebt, soll ein Werk der Barmherzigkeit und der Nächstenliebe geschaffen werden, ein Mittelpunkt der Humanität, aus welchem die helfende That ausstrahlen soll überall dorthin, wo sie Noth thut. Der «Samariterbund» wird eine Centralleitung haben, von welcher jede grössere Hilfaction ausgehen wird. Ein Centraldepôt seines Materials wird in Wien errichtet werden; Filialdepots werden ausserdem in den Landeshauptstädten etablirt werden. Das Bemühen des «Samariterbundes» wird es sein, in ein ähnliches Verhältniss zum Staate zu treten, wie es bezüglich des «Rothen Kreuzes» besteht. Der «Samariterbund» nimmt dem Staate einen Theil seiner Pflicht ab, für das leibliche Wohl der Bevölkerung zu sorgen und wird das Aequivalent für diese seine Thätigkeit in einer einmaligen Fundirung mit Hilfe des Staates oder in einer jährlichen Subvention anstreben. Dies alles gilt für die Zeit des Friedens. In Kriegszeiten stellt der «Samariterbund» sein gesammtes Personal und Material dem «Rothen Kreuz» zur Verfügung, dessen Leitung er sich dann unterordnet.

Das vorbereitende Comité des Samaritercongresses richtet nun an alle Menschenfreunde, vor allem an die Aerzte, sodann an alle Hilfsvereine, Rettungsvereine, freiwillige Feuerwehren. Turnvereine, Samaritervereine etc. den Aufruf, ihren Beitritt zum Samariter-Congress anzumelden. Etwaige Mittheilungen und Anfragen sind an das Comité in Wien, Kärntner Ring № 7 zu richten.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 6. März d. J. 6608 (58 mehr als in der Vorwoche), darunter 152 Typhus — (5 mehr), 729 Syphilis — (12 mehr), 75 Scharlach — (6 weniger), 10 Diphtherie — (1 mehr), 23 Masern — (7 mehr) und 31 Pockenkranke — (5 mehr als in der Vorw.)

Vacanzen.

1) Im Kreise Kamyschin (Gouv. Ssaratow) ist die Stelle eines Landschaftsarztes erledigt, Gehalt 1285 R. jährlich. Adresse: «Камышинская Земская Управа.»

2) Für den Kreis Powenez (Gouv. Olonez) wird ein Landschaftsarzt gesucht. Gehalt 1200 Rbl. jährlich. Adresse: «Повѣнецкая Земская Управа».

3) In Bogorodsk (Gouv. Moskau) ist der Posten eines Assistenzarztes am Eliashospital (Ильинская больница) zu besetzen. Derselbe ist auch verpflichtet die Landschaftsärzte im Falle von Krankheit oder Beurlaubung derselben zu vertreten. Gehalt 900 R. jährlich und freie Wohnung. Adresse: Богородская Земская Управа».

4) Das Gouvernements-Landschaftsamt von Smolensk sucht Aerzte auf ein Jahr zur Bekämpfung der Cholera und anderer epidemischen Krankheiten. Gehalt 1500 R. für's Jahr. Adresse: «Смоленская Губернская Земская Управа».

5) Das Nowgorodsche Gouvernements-Landschaftsamt fordert Aerzte auf, welche zur Bekämpfung der Cholera und anderer Epidemien in den Dienst der Gouv.-Landschaft auf ein Jahr oder wenigstens bis zum November-Monat eintreten wollen, ihre Bedingungen dem Landschaftsamte mitzutheilen.

6) Im Kreise Poshechonje ist der Posten eines Landschaftsarztes vacant. Gehalt 1000 Rbl. jährlich, Fahrgelder 400 Rbl., für Bedienung 60 R. und freie Wohnung. Die Gage wird jedes Jahr um 50 Rbl. erhöht, bis sie 1500 Rbl. erreicht. Adresse: «Пошехонская Земская Управа.»

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 28. Februar bis 6. März 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
341	263	604	111	43	104	11	10	19	23	55	52	45	55	33	12	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 9, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 3, Scharlach 19, Diphtherie 4, Croup 4, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 27, Erysipelas 8, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 102, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 1, Lebensschwäche und Atrophia infantum 39, Marasmus senilis 25, Krankheiten des Verdauungscanals 57, Todtgeborene 35.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 16. März 1893.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 5. April 1893.

Дозв. ценз. Спб. 12 Марта 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 12 St. Petersburg, 20. März (1. April) **1893**

Morbus maculosus (Purpura simplex) als Infectionskrankheit.

(Aus der Dorpater Poliklinik des Herrn Prof. Dr. K. Dehio.)

Von

stud. med. R. Grüning.

Obgleich es bisher nicht gelungen ist, in die verschiedenen Formen und Erscheinungsweisen, unter denen die als Purpura oder als Morbus maculosus bezeichneten Krankheiten auftreten, eine allen Möglichkeiten entsprechende Ordnung und systematische Scheidung hineinzubringen, so können wir doch mit Fug und Recht zwei Hauptgruppen der genannten Erkrankungen unterscheiden, nämlich 1) die secundäre, im Verlauf anderer Krankheiten auftretende oder sich an dieselbe anschliessende haemorrhagische Diathese und 2) den Morbus maculosus im engeren Sinn, unter welchem wir im allgemeinen alle diejenigen haemorrhagischen Krankheiten zusammenfassen, die für unsere klinische Beobachtung eine selbstständige Entstehung und einen in sich abgeschlossenen Verlauf zeigen.

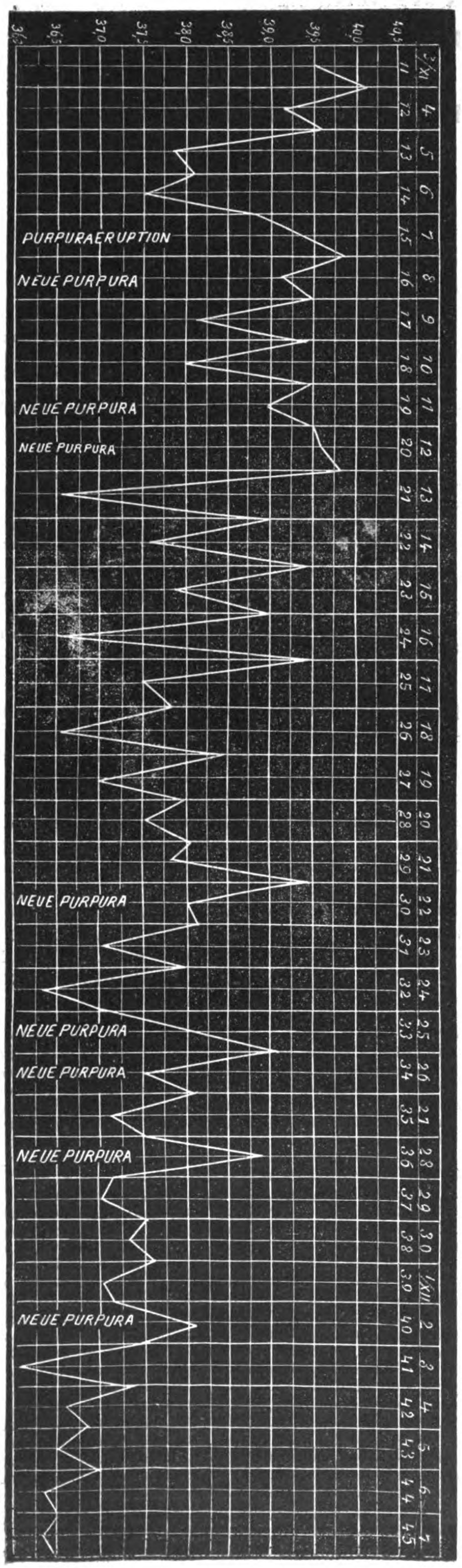
So verschiedenartig nun auch die Symptome und der Verlauf dieser letzteren Krankheitsformen sein kann, so lassen sich unter ihnen doch gewisse Typen unterscheilen, die freilich durch die mannigfachsten Uebergänge mit einander verbunden sind. Unter diesen Typen hebt sich derjenige besonders deutlich hervor, bei dem die Erkrankung, meist acut beginnend und mit mehr oder weniger hohem Fieber verlaufend, durchaus den Eindruck einer Infectionskrankheit sui generis macht. Der Nachweis eines specifischen Krankheitsvirus ist freilich, wenn wir von den Beobachtungen Letzerich's[1]) absehen, bis jetzt noch nicht gelungen. Allein die Fortschritte unserer pathogenetischen Erkenntniss haben ja auch bei allen übrigen, besser gekannten Infectionskrankheiten den Weg eingeschlagen, dass zuerst der Kliniker die betreffende Krankheitsspecies als solche erkannte und umgrenzte und erst dann der Pathologe oder Bakteriologe die specifische aetiologische Grundlage nachwies. So dürfen wir bei der uns hier beschäftigenden noch wenig gekannten Krankheitsgruppe zunächst nach klinischen Anhaltspunkten suchen, aus denen wir eventuell die pathogenetische Einheitlichkeit der Krankheit erschliessen können. Von diesem Gesichtspunkte aus dürften die folgenden drei Krankheitsfälle, welche ich unter der Aufsicht von Prof. Dr. K. Dehio in der Dorpater Poliklinik beobachtet habe, nicht ohne Interesse sein.

I. Fredy Lillimeggi 3 a. n. lebt an der Peripherie der Stadt, in einem kleinen, ärmlichen, stark übervölkerten Hause, in welchem etwa 30 Einwohner vorhanden sind. Das Haus hat vor etwa $1^1/_2$ Jahren (Juli 91), während der damals herrschenden Epidemie des Typhus exanthematicus, einen schlimmen Herd für diese Erkrankung gebildet, indem von den Einwohnern nicht weniger als 17 vom Flecktyphus ergriffen wurden. Auch alle Angehörigen des Pat., die Aeltern und 3 Geschwister wurden damals von dieser Krankheit befallen, wobei der Vater starb. Nur unser kleiner Pat. blieb, obwohl er nicht isolirt wurde und anfangs sogar von der erkrankten Mutter noch die Brust bekam, gesund. Abgesehen von dem besagten Typhus sollen beide Aeltern immer gesund gewesen und auch nicht hereditär belastet sein. Bluter sollen in der Familie nie vorgekommen sein. Eine vierjährige Schwester des Pat. starb vor einem Monat am Scharlach. Eine 16-jährige Schwester leidet jetzt eben an derselben Affection wie Pat. Pat. ist in seinem ersten Lebensjahre mit Muttermilch gefüttert worden, ist aber von jeher sehr schwächlich gewesen, so dass er erst in den letzten Wochen etwas zu gehen angefangen hat; er hat viel an Dyspepsien gelitten. Pat. ist nicht geimpft.

Seit dem 23. October begann Appetitlosigkeit, Fieber, Unruhe. Am 31. Oct. sollen über den ganzen Körper zerstreute, kleine, rothe Flecke aufgetreten sein. Zugleich hat sich der Zustand des Pat. bedeutend verschlimmert. Das Fieber ist stärker geworden, Pat. fing an zu deliriren. Am 2. Nov. ist nach poliklinischer Hilfe geschickt worden.

Status praesens den 3. Nov. Pat. ist für sein Alter klein und sowohl in seiner körperlichen als geistigen Entwickelung etwas zurückgeblieben. Knochenbau gracil mit Andeutung von Rhachitis. Haut von gelblich blasser Farbe, trocken und welk.

[1]) Letzerich. Untersuchungen und Beobachtungen über die Aetiologie und die Kenntniss der Purpura. Leipzig, Vogel 1889. — Derselbe über die Aetiologie u. s. w. Zeitschrift für klin. Med. Bd. XVIII.



An den Extremitäten, besonders an den Innenseiten der Schenkel und den Beugeseiten der Arme, sieht man zahlreiche, dunkelrothe, circumscripte, stecknadel- bis linsengrosse Petechien. Die Petechien gehen ohne einen rothen Hof zu haben, direct in die normale Haut über. Vereinzelt sind auch solche Flecken auf dem Abdomen zu finden. Auf Fingerdruck verschwinden diese Flecken nicht. Die sichtbaren Schleimhäute und die Conjunctiva sind frei von ihnen. Die ophthalmoskopische Untersuchung der Retina misslang bei der Jugend des Pat. Weder Gliederschmerzen noch Gelenkschwellung sind irgendwo zu finden. Zunge trocken, belegt. Tonsillen ein wenig geschwollen, Rachenschleimhaut geröthet. Es besteht starker Nasenrachenkatarrh. Herzgrenzen normal. Herztöne rein. Puls 108, voll. Ueber beiden Lungen gross- und mittelblasige Rasselgeräusche. Es besteht mässiger Husten ohne Auswurf. Abdomen stark kugelig vorgewölbt. Die Bauchdecken sind prall gespannt und fühlen sich hart an. Das ganze Abdomen ist auf Druck sehr schmerzhaft, besonders in der Herzgrube. Milztumor nicht nachzuweisen, Stuhl regelmässig, mässige Obstipation. Urogenitalapparat intact. Harn trübe, kein Zucker, wohl aber Spuren von Eiweiss enthaltend. Pat. ist sehr unruhig, delirirt. Temp. Morgens 39,5. Puls 108. Temp. Abends 40,1. Ord. Liqu. ammon. anisat. 5,0. Aq. amygdal. amar. 20,0. M. D. S. 3 Mal täglich 20 Tr.

4. Nov. Es hat sich Erbrechen schleimiger Massen eingestellt. Husten besteht fort. Die Petechien haben eine dunklere, ins livide spielende Farbe angenommen. Temp. Morgens 39,2. Puls 100, Temp. Abends 39,6.

5. Nov. Alles was Pat. geniesst (er nimmt nur flüssige Nahrung) wird bald erbrochen. Husten häufiger geworden. T. M. 37,5. P. 120. T. A. 38,9.

6. Nov. Husten und Erbrechen bestehen fort. T. M. 37.5. P. 120. T. A. 38.9.

7. Nov. Das Erbrechen hat sistirt. Husten besteht fort. Es werden geringe Mengen schleimigen Sputums ohne Blutbeimengung ausgeschieden. Pat. hat zwei flüssige Stühle gehabt. Auf dem Abdomen sind zahlreiche neue hämorrhagische Flecken aufgetreten, einzelne auch auf der linken Seite des Thorax, bis zur mamilla hinauf. An den Extremitäten sind zwischen den alten Petechien neue hinzugekommen. Sie unterscheiden sich durch ihre grellrothe Farbe von den alten, die einen dunklen und matten Farbenton angenommen haben. Dabei ist die Temp., die in den letzten Tagen zu sinken begann, rapid in die Höhe gestiegen. Das Allgemeinbefinden ist bedeutend schlechter geworden. Abdomen immer sehr druckempfindlich. Kein nachweisbarer Milztumor. Spuren von Eiweiss im Harn. T. M. 39,4. P. 128. T. A. 39,8.

8. Nov. Der Husten hat etwas nachgelassen. Es sind in den letzten 24 Stunden 7 dünnflüssige, stinkende Ausleerungen von grau-brauner Farbe erfolgt. Vereinzelte neue Petechien auf Brust, Rücken und Schultern. Allgemeinbefinden sehr schlecht. T. M. 39,2. Puls 128, schwach. T. A. 39,5. Ord. Ol. ricini.

Am 9. Nov. sind keine neuen Petechien aufgetreten. Diarrhoe dauert fort. Häufiges Erbrechen schleimiger Massen hat sich eingestellt. T. M. 38,1. P. 100. T. A. 39,5. Ord. Kreosot etc.

10. Nov. Das Erbrechen hat nachgelassen. Die Petechien der ersten Eruption sind verschwunden, indem sie an ihrer Stelle bräunliche Pigmentirungen zurückgelassen haben. Die Petechien der folgenden Eruption sind alle vorhanden; Pat. ist sehr schwach und apathisch. T. M. 38,5. P. 92. T. A. 39,5.

11. Nov. An den Beugeseiten der oberen Extremitäten und an den Schultern sind neue Petechien aufgetreten. Zustand unverändert.

12. Nov. Morgens. Auf der Brust, den oberen Extremitäten, dem Rücken und in ganz besonders grosser Menge auf dem Bauch sind neue Petechien aufgetreten. Jetzt ist der ganze Körper mit Ausnahme des Kopfes von Haemorrhagien bedeckt. Allgemeinbefinden sehr schlecht, Delirien. T. 39,6. P. 136. — Abends. Die einzelnen Flecken sind grösser wie bisher. Sie sind etwa gut erbsengross. Sie sind localisirt an der rechten Seite des Halses, an den Wangen; zwei von ihnen sind an dem rechten unteren Augenlid und zwei an der rechten Schläfe. T. 39,7. P. 136.

Am 13. Nov. status idem. Die Temp. ist plötzlich unter die Norm gesunken. T. M. 36,6. P. 100. T. A. 39,0.

Am 14. Nov. T. M. 37,6. P. 120. T. A. 39,5.

15. Nov. Frische Haemorrhagien an den Hinterbacken, dem unteren Theil des Rückens, einzelne auch auf dem oberen Theil desselben. Erbrechen hat sich wieder eingestellt. T. M. 37,8. P. 128. T. A. 39,0.

Am 16. Nov. fühlt sich Pat. besser. Verlangt zum ersten Mal zu essen. Erbrechen hat sistirt. T. M. 36,5. P. 132. T. A. 39,5.

17. Nov. Husten stärker geworden. T. M. 37,5. P. 140. T. A. 37,8. Ord. Aq. amygdal. amar. 20,0. Liq. ammon. anisat. 10,0.

18. Nov. T. M. 36,5. P. 136. T. A. 38,5.

19. Nov. T. M. 37,0. P. 112. T. A. 38,0.

20. Nov. Husten etwas nachgelassen. T. M. 37,5. P. 120. T. A. 38,1.

21. Nov. Pat. hat mehrfach erbrochen. T. M. 37,9. P. 140. T. A. 39,5.

22. Nov. Einzelne neue Haemorrhagien auf der Streckseite des rechten Armes und auf dem rechten Schulterblatt. Allgemeinzustand hat sich verschlimmert. T. M. 38,0. P. 132. T. A. 38,1.

Am 23. Nov. hat der Husten fast ganz nachgelassen. Erbrechen besteht fort ist aber selten. Abdomen immer druckempfindlich. T. M. 37,0 P. 120 T. A. 38,0.

24. Nov. Häufiges Erbrechen. Zerstreute, ganz vereinzelte Petechien sind auf der Brust und der linken Seite des Halses bis zum Unterkiefer aufgetreten. T. M. 36,3. P. 128. T. A. 37,1.

25. Nov. Einzelne neue Haemorrhagien an der Brust. Leichte Dämpfung an der unteren Partie der linken Lunge. Rasselgeräusche auf beiden Lungen. T. M. 38,0. P. 138. T. A. 39,2.

Am 26. Nov. sind Haemorrhagieen in grosser Zahl an den oberen Extremitäten, auf der Brust und vereinzelt auf dem Rücken hinzugekommen. Starker Durchfall und Erbrechen. Stuhl bräunlich, stinkend, enthält viel unverdaute Speisereste. Ein Spulwurm ist per os abgegangen. Husten besteht fort. Dämpfung über der linken Lunge deutlicher. T. M. 37,5. P. 132. T. A. 38,1. Ord. Ol. ricini 30,0. Mucilago Salep. 150,0. Tinct. opii gutt. 10.

Am 27. Nov. hat der Husten nachgelassen. Unbestimmtes Athmen. T. M. 37,2. P. 120. T. A. 37,5. Ord. Priessnitz.

Am 28. Nov. neue Petechien auf dem unteren Theil des Bauches, so dass jetzt der ganze Körper von stecknadelkopfbis gut linsengrossen, theils grellrothen, theils livid gefärbten, theils schon im Abblassen begriffenen Haemorrhagien besäet erscheint. Der Husten hat zugenommen. Durchfälle bestehen fort. T. M. 38,8. P. 130. T. A. 37,1.

29. Nov. Dämpfung auf dem unteren Lappen der linken Lunge unverändert. Abgeschwächtes, bronchiales Athemgeräusch. Ueber beiden Lungen grossblasige Rasselgeräusche. Erbrechen und Durchfälle unverändert. T. M. 37,0. P. 126. T. A. 37,5. Ord. Mucilag. salep. 150,0 Tinc. opii. gutt. 10.

30. Nov. Lungensymptome unverändert. Durchfälle dauern fort. T. M. 37,3. P. 120. T. A. 37,6. Ord. Opii puri 0,03 Sachar. alb. 0,5.

1. Dec. 37,0. P. 104. T. A. 37,1.

Am 2. Dec. haben sich an der Beugeseite des rechten Armes ein Paar neue Petechien gezeigt. T. M. 38,1. P. 108. T. A. 37,3.

3. Dec. Der Durchfall hat nachgelassen. Die Dämpfung an der linken Lunge weniger ausgesprochen wie bisher. T. M. 36,0. P. 100. T. A. 37,4.

4. Dec. Durchfall sistirt. Dämpfung neben der linken Lunge verschwunden. Daselbst abgeschwächtes unbestimmtes Athemgeräusch. T. M. 36,7. P. 112. T. A. 36,8.

5. Dec. Allgemeinbefinden besser. Schwacher Puls. T. M. 36,5. P. 104. T. A. 37,0.

6. Dec. Mässiger Durchfall. Pat. erbricht wiederum Alles, was er zu sich nimmt. Husten. Lungensymptome unverändert. T. M. 36,3. P. 100. T. A. 36,5. Ord. Kalte Abreibungen. Tinct. opii spl. 5,0. Tinct. nuc. vomic. 3,0. Tinct. Valerian. aether. 12,0.

Am 7. Dec. hat der Durchfall sistirt. Erbrechen weniger häufig. T. M. 36,3. P. 100. T. A. 36,5.

8. Dec. Kein Erbrechen mehr. T. M. 36, 6. P. 96. T. A. 36,8.

9. Dec. Ausser Rasselgeräuschen nichts Abnormes mehr an den Lungen zu finden. T. M. 36,4. P. 84. T. A. 36,4.

10. Dec. T. M. 36,7. P. 86, T. A. 36,6.
11. Dec. T. M. 36,4. P. 80. T. A. 37,0.
12. Dec. T. M. 36,6. P. 84. T. A. 36,4.
13. Dec. T. M. 36,8. P. 84. T. A. —

Seit dem 2. Dec. sind keine neuen Haemorrhagien aufgetreten. Der ganze Körper, mit Ausnahme des behaarten Kopfes, der vola manus und der Fusssohlen, ist mit punktförmigen Pigmentirungen von verschiedenen Nüancen bedeckt. Pat. ist sehr schwach, kann sich nicht auf den Beinen halten. Musculatur und Paniculus adiposus stark reducirt.

Von nun an langsame Genesung.

II. Rosa Lillimeggi, 16 a. n. Schwester des Obigen. Ueber die Familienverhältnisse und allgemeinen Lebensbedingungen derselben siehe die vorhergehende Krankengeschichte. Pat. will ausser dem Typhus exanthematicus im Juli 1891 keinerlei Krankheiten durchgemacht haben. Sie arbeitet in einer Cigarrenfabrik auf Tagelohn. Seit dem 23. Oct. fühlte sich Pat. unwohl und legte sich am 25. d. M. zu Bett. Pat. klagt über Appetitlosigkeit, starke Kopfschmerzen, Fieber. Schweisse will sie nicht gehabt haben. In den letzten Tagen stellte sich Husten ein. Am 1. Nov. bemerkte Pat. kleine rothe Flecke an den Armen und Beinen. Der Allgemeinzustand wurde immer schlechter, bis am 2. Nov. nach poliklinischer Hilfe geschickt wurde.

Status praesens am 3. Nov. Pat. ist von mittlerem Wuchs, gracilem Knochenbau, mässig entwickelter Muskulatur und mittlerem paniculus adiposus. Klagt über Kopfschmerzen, Gliederschmerzen und allgemeine Schwäche. Es besteht heftiges Fieber mit leichten Delirien, aus denen Pat. durch Anrufen leicht zu sich gebracht werden kann. Ueber den ganzen Körper, mit Ausnahme des behaarten Kopfes und des Halses, sind kleine ovale, circumscripte Petechien von dunkelrother Farbe zerstreut. Dieselben sind auf dem Rumpf nur vereinzelt vorhanden. In grösserer Menge sind sie an den Extremitäten und da besonders an den Innenseiten der Beine und den Beugeseiten der Arme. Vola manus und Fusssohle sind frei von ihnen. Die Grösse dieser Petechien schwankt zwischen Stecknadelkopf- und Linsengrösse. Auf Fingerdruck verändern sie sich nicht. Sie sind gegen die gesunde, im Allgemeinen etwas dunkel pigmentirte Haut, scharf abgegrenzt. An den sichtbaren Schleimhäuten, der Conjunctiva sind keinerlei pathologische Veränderungen zu finden. Bei ophthalmoskopischer Untersuchung zeigte die Retina keine Blutungen. Die Gelenke sind weder schmerzhaft noch angeschwollen. Herzgrenzen normal. Herztöne rein. Puls 112, voll. Es besteht mässiger Bronchialkatarrh beider Lungen. An der linken Lunge, dicht unter dem angulus scapulae besteht Bronchialathmen, aber keine ausgesprochene Dämpfung. Es besteht mässiger Husten, ohne Auswurf. Zunge belegt und trocken. Abdomen nicht aufgetrieben, auf Druck schmerzhaft. Stuhl regelmässig. Kein Milztumor nachzuweisen. Der Uro-genitalapparat normal. Harn trübe, kein Zucker, Spuren von Eiweiss. Morgens: Temp. 40,0°C. Puls 112. Abends Temp. 40,3°C. Ord. Priessnitz.

4. Nov. Husten und Kopfschmerzen dauern fort. Abdomen diffus druckempfindlich. Stuhl regelmässig. Unter starkem Schweissausbruch ist die Temp. um 1,5° gefallen. Petechien unverändert. T. M. 38,5. P. 96. T. A. 39,5. Ord. Acid. muriat. dil. 3,0. Aq. dest. 130,0. Syrup. spl. 20,0.

5. Nov. Husten mit Auswurf, spärlich, schleimig, zähe, etwas mit Blut untermischt. Objectiver Befund der Lungen wie früher. Abdomen sehr druckempfindlich. Pat. hat 4 mal in 24 Stunden erbrochen. T. M. 38,2. P. 100. T. A. 39,5. Ord. Pulv. Doveri 0,3. 3 Mal tägl.

6. Nov. Unter starkem Schweiss ist die Temp. unter die Norm gefallen. Husten mit Auswurf von zähem, mit Blutstreifen durchsetztem Schleim in geringer Menge. Kopfschmerzen haben nachgelassen. Pat. fühlt sich so schwach, dass sie sich ohne Hilfe im Bett nicht aufrichten kann. Puls regelmässig, aber sehr klein und leicht zu unterdrücken. Abdomen sehr druckempfindlich. Erbrechen hat sistirt. Die Petechien haben eine matt braunrothe Farbe angenommen. T. M. 36,6. P. 84. T. A. 37,0.

7. Nov. Husten ist stärker geworden, mit geringen Mengen von Sputum, das stärker mit Blut gemischt ist, als bisher; das Blut im Sputum ist von heller Farbe und ist mit Schleim nicht innig vermengt. Bronchialathmen am linken angulus scapulae heute deutlich hörbar, aber sehr schwach, leichte Dämpfung unter dem linken Schulterblatt. Puls sehr schwach. Die Petechien haben eine schmutzig braune Farbe angenommen. T. M. 36,5. P. 76. T. A. 36,6. Ord. Camphorae trit. 1,0. Ol. amygdalar. dulc. 10,0. 1 Spritze subcutan.

8. Nov. Husten und Lungensymptome wie gestern. Appetit. Puls besser. 36,0. P. 72. T. A. 36,5. Ord. Subcutan 1 Spritze Camph.

9. Nov. Husten seltener. Bronchialathmen weniger deutlich ausgesprochen. Die leichte Dämpfung besteht fort. T. M. 36,2. P. 76. T. A. 36,5.

10. Nov. Leichter Husten ohne Auswurf. Dämpfung auf der Lunge verschwunden. Die Petechien haben eine schmutzige, unbestimmte Farbe angenommen und sind nur sehr schwer auf der dunkelpigmentirten Haut der Pat. zu sehen. Kein Eiweiss im Urin. T. M. 36,6. P. 72. T. A. 36,5.

11. Nov. Husten sistirt. T. M. 36,1 P. 76. — T. A. 36,5.

12. Nov. Die Petechien sind nur bei gespannter Haut als undeutliche braune Pigmentirungen sichtbar. Der Stuhl nach wie vor regelmässig. T. M. 36,2. P. 76. T. A. 36,5.

13. Nov. Pat. hat das Bett verlassen. Ist sehr schwach, kann ohne Stütze nicht gehen. T. M. 36,5. P. 62.

20. Nov. Reconvalescenz ist rasch und ohne Störung vor sich gegangen. Pat. ist noch recht schwach, hat seit gestern wieder zu arbeiten begonnen.

III. Milly Tirick 4 a. n. Vater des Mädchens ist Lastfuhrmann; er ist kräftig und gesund, desgleichen die Mutter und eine jüngere Schwester. Pat. wohnt auf demselben Flur, aber nicht im selben Zimmer mit den beiden Vorigen und in etwas besseren Verhältnissen. Die Kinder beider Familien sind mehr oder weniger häufig in Berührung mit einander gekommen. Ausser einem Scharlach im Sommer 1892 soll Pat. keinerlei Krankheiten durchgemacht haben. Zuweilen litt sie an Dyspepsien. Am 24. Oct. erkrankte Pat. unter Fieber und Schüttelfrost ohne besondere Prodromalerscheinungen. Es traten starke

Schweisse auf. Delirien wechselten mit Apathie. Am 3. Novemb. wurde ich zur Kranken gerufen.

Status praesens am 3. November. Pat. ist von gracilem Knochenbau, gut entwickelter Musculatur und gut genährt. Die Haut fühlt sich heiss und feucht an. Irgend ein Exanthem ist nicht zu sehen, auch die Schleimhäute zeigen nichts Pathologisches. Auf der rechten Hinterbacke findet sich eine Markstück grosse, gelbe Kruste: Hautfavus. Haarboden jedoch rein. Herz und Lungen normal, desgleichen der Verdauungscanal. Stuhl regelmässig. Harn trübe, Spuren von Eiweiss. Pat. liegt benommen in Rückenlage da. T. M. 40,5. P. 100. — T. A. 38,0. Ord. Chinini 0,5. Nr. 1.

4. Nov. An den Beugeseiten der oberen Extremitäten und den Innenseiten der Schenkel haben sich rothe, stecknadelkopfgrosse, circumscripte Flecken gezeigt. Auf Fingerdruck verschwinden sie nicht. Der Rumpf ist frei von ihnen. Allgemeinzustand unverändert. Delirien sind aufgetreten. T. M. 39,5. P. 124. — T. A. 40,0.

5. Nov. Die Flecken an den Extremitäten sind dunkler geworden und zeigen zum Theil die dunkellivide Färbung von Petechien, die tiefer unter der Haut liegen. Einzelne Petechien haben sich auch auf Bauch und Rücken gezeigt. Allgemeinzustand sehr schlecht. Delirien haben zugenommen. T. M. 39,0. P. 120. — T. A. 40,1. Ord. Acid. muriat. 3,0. Aqu. dest. 130,0. Syrup. spl. 20,0.

Am 6. Nov. ist eine grosse Menge neuer Hämorrhagien auf Brust, Bauch und Extremitäten aufgetreten. Pat. ist sehr unruhig, hustet. Abdomen etwas druckempfindlich. T. M. 40,4. P. 144. — T. A. 40,5.

7. Nov. Keine neuen Petechien. Husten ist stärker geworden mit schleimigem Auswurf. Ausser grossblasigen Rasselgeräuschen keinerlei Veränderungen an den Lungen. Es sind drei flüssige Ausleerungen gewesen. Abdomen in hohem Grade druckempfindlich. T. M. 37,8. P. 124. T. A. 38,2.

8. Nov. Husten dauert fort. 2 flüssige Stühle von brauner Farbe. T. M. 38,0. P. 88 schwach. — T. A. 38,6. Ord. Campher. trit. 1,0. Al. amygdal. dulc. 10,0. Eine Pravaz'sche Spritze subcutan.

9. Nov. Neue Eruptionen von Hämorrhagien sind auf der rechten Seite des Thorax aufgetreten. T. M. 39,0. P. 144. T. A. 38,8.

10. Nov. Husten hat nachgelassen, auch der Stuhl ist consistenter geworden. T. M. 38,5. P. 116. T. A. 38,6.

11. Nov. T. M. 37,2. P. 120. T. A. 37,6.

12. Nov. T. M. 36,8. P. 100. T. A. 37,1.

13. Nov. T. M. 36,6. P. 104.

Seit dem 9. Nov. sind keine neuen Hämorrhagien mehr aufgetreten. Alle anderen Symptome sind verschwunden. Pat. ist noch sehr schwach, geht einer langsamen aber ununterbrochenen Genesung entgegen.

Am 5. Jan. 93 hatte ich Gelegenheit alle drei Pat. wiederzusehen und überzeugte mich, dass sie das Leiden vollkommen überwunden und sich jetzt einer guten Gesundheit erfreuen.

Ich versuche nun zunächst ein Resumé der drei vorliegenden Krankengeschichten zu geben. Es handelt sich um drei jugendliche Individuen von 3, 4 und 16 Jahren, von denen zwei in einem Zimmer wohnen, das dritte, einer anderen Familie zugehörig, in einem anderen Zimmer lebt, welch letzteres jedoch auf denselben Flur hinausgeht und mit dem anderen Zimmer einen gemeinsamen Kochherd besitzt. Die Kinder beider Familien sind auf dem Flur, welcher als gemeinsamer Spielplatz dient, vielfach mit einander in Berührung gekommen. Nun erkranken zunächst an einem Tage Bruder und Schwester der einen Familie und am folgenden Tage die kleine Tochter des Nachbars. — Am schwersten befiel der dreijährige Knabe (Nr. 1), bei welchem sich die Krankheit unter unregelmässigem Fieber 6 Wochen hinzog. Wie die beiliegende Curve zeigt verlief das bald mehr continuirliche, bald mehr remittirende Fieber in eigenthümlichen Schüben, welche durch tiefe aber kurz dauernde Intermissionen von einander getrennt sind. Die Purpuraflecken beschränkten sich auf die äussere Haut und liessen die sichtbaren Schleimhäute frei. Auch innere Blutungen fehlten, oder liessen sich wenigstens klinisch nicht nachweisen. Sehr auffallend war aber, dass auch die Ekchymosen der Haut in Schüben auftraten, die mit grosser Regelmässigkeit von Fieberexacerbationen eingeleitet wurden. Gleichzeitig litt der kleine Pat. an einer heftigen Bronchitis, die zu lobulären pneumonischen Verdichtungen führte. Von Anfang an bestanden heftiges Erbrechen und eine auffallende Druckempfindlichkeit des Bauches, was Alles erst mit dem Verschwinden des Fiebers aufhörte. — Die Diagnose hatte anfangs Schwierigkeiten, umsomehr, als es sich um ein Haus handelte, welches schon einmal der Sitz einer intensiven Flecktyphusepidemie gewesen war. Der weitere Verlauf jedoch und namentlich die immer wieder von neuem aufschiessenden charakteristischen Petechien und Ekchymosen der Haut beseitigten jeden Zweifel.

Noch schwieriger wäre die Erkennung der Krankheit bei der 16-jährigen Schwester des Pat. gewesen, bei welcher ein hohes, am 14. Krankheitstage kritisch abfallendes Fieber mit reichlichen hämorrhagischen Eruptionen vorhanden war, wenn uns nicht die gleichzeitige Erkrankung des Bruders auf die richtige Fährte geleitet hätte. Ich möchte nicht versäumen darauf aufmerksam zu machen, dass die haemorrhagischen Eruptionen, deren genaueste Beschreibung dem Leser doch kein genügendes Bild geben könnte, auf den Beschauer durchaus nicht den Eindruck eines petechialen Typhus machten, da alle Roseolen fehlten und lediglich scharf umgrenzte, dunkelrothe oder mehr livide Pünktchen und Flecken sichtbar waren. Zum Unterschiede vom Bruder beschränkte sich die Erkrankung auf eine einzige Invasion ohne weitere Nachschübe zu machen. Aber auch hier war eine starke Druckempfindlichkeit des Abdomens vorhanden und schloss sich an die Bronchitis eine leichte katarrhalische Pneumonie an.

Bei der 3. Patientin hatten nach der Anamnese hohes Fieber mit Delirien 11 Tage lang bestanden, bevor die Hauthaemorrhagien zum Ausbruch kamen. Am ersten Tage, wo ich dieses Mädchen zu sehen bekam (10. Krankheitstag) war die Haut noch völlig rein und erst am folgenden Tage bedeckte sie sich unter heftiger Fiebersteigerung mit massenhaften Petechien und Ekchymosen. Sehr charakteristisch war auch bei dieser Kranken der Parallelismus zwischen den Fiebersteigerungen und dem Auftreten neuer Hautblutungen. Auch hier waren als Begleiter der Krankheit Bronchitis, Durchfall und Druckempfindlichkeit des Bauches, wenn auch in geringerem Grade als bei den beiden anderen Pat., vorhanden.

Wenn wir uns an die gewöhnliche Nomenclatur halten wollen, so können wir also sagen, dass wir es mit drei Fällen von Purpura simplex zu thun hatten, die unter hohem Fieber und unter schweren Allgemeinerscheinungen verliefen und von bronchitischen, gastro-intestinalen Symptomen begleitet waren. Die Haemorrhagien der Haut traten bei allen Kranken erst zwischen dem 8. und 11. Krankheitstage auf; bei zweien gesellten sich zur Bronchitis noch katarrhalische Pneumonien hinzu. Trotz der Differenzen in ihrem Verlauf erregten alle drei Erkrankungen durchaus den Eindruck, als handele es sich um einen acuten infectiösen Process. Dieser Eindruck wurde dadurch besonders verstärkt, dass die Krankheit bei eng zusammenlebenden Personen zu gleicher Zeit ausbrach. Handelte es sich um eine gemeinsame Infectionsquelle oder um contagiöse Uebertragung von Mensch zu Mensch? Diese Frage kann ich nicht beantworten. Ich glaube aber, dass die Gleichzeitigkeit der Erkrankungen in meinen Fällen um so mehr Beachtung verdient, als bisher dieses Argument für die infectiöse Natur des fieberhaften Morbus maculosus in der Literatur sogut wie nirgend angeführt und folglich wohl auch nur selten beobachtet worden ist. Nur von Foerster[2]) finde ich einen ähnlichen Fall citirt, wo in einer Familie ziemlich gleichzeitig drei Kinder an Purpura simplex erkrankten.

[2]) Gerhard's Handbuch der Kinderkrankheiten. Bd. III. I. 1878. Pag. 220.

Referate.

John L. Gibson: Die Function der Schilddrüse. (The British Med. Journ. 1893, pag. 58).

Nach Wiedergabe der Anschauungen von V. Horsley schliesst sich Verf. der Theorie von Schiff an, derzufolge die Thyreoidea eine Substanz secernirt, deren Aufnahme ins Blut für das Zustandekommen gewisser Lebensäusserungen unumgänglich nothwendig ist. Im Anschluss an die Kritik der verschiedenen Theorien über die Function der Schilddrüse giebt Verf. dann eine interessante Krankengeschichte. Es handelte sich um ein Kind, das G. zuerst im Alter von 2 Jahren sah. Schon damals konnte die Diagnose auf Myxoedem gestellt werden. Zwei Jahre später sah Verf. den Knaben wieder und konnte ein Fortschreiten der myxoedematösen Schwellungen constatiren. Das Kind zeigte ausserdem keinerlei intellectuelle Fähigkeiten, lag wie ein Klotz da ohne irgend eine Notiz von der Umgebung zu nehmen. Weitere 2 Jahre später konnte die Diagnose Myxoedem und Cretinismus bestätigt werden. Pat. 6 Jahre alt kann nicht stehen ohne gut unterstützt zu werden, muss mit flüssiger Nahrung gefüttert werden, da er feste Speisen nicht zu schlucken versteht. Appetit gut, Respiration besonders des Abends behindert, wo häufig krächzende Laute hervorgebracht werden. Schnarcht laut im Schlaf, ist am Tage völlig theilnahmlos. Haut gespannt, glänzend, stellweise trocken und sich hart anfühlend. Extremitäten kalt, häufig livid verfärbt. Am 20. Juli 1891 wurde dem Pat. die Schilddrüse eines Lammes, nachdem in jeden Lappen derselben ein Längsschnitt gemacht war, unter die Fascie des M. pector. rechterseits implantirt. Die Wunde heilte nicht per primam, sondern eiterte, doch konnte ein Ausstossen der implantirten Drüse nicht beobachtet werden. Schon am Tage nach der Operation konnte eine Besserung im psychischen Verhalten des Knaben constatirt werden. Diese Besserung schritt stetig fort. Das Kind fing sich an für seine Umgebung zu interessiren, lachte schon, gleichzeitig nahm das Myxoedem ab, der Schlaf wurde ruhig, keine krächzende Laute mehr zu hören. Im Februar 92 konnte Pat. schon selbst essen, machte Geh- und Sprechversuche. Seit dem Mai 92 keine weiteren Fortschritte, die Haut schien wieder eine Neigung trocken zu werden zu bekommen. Es wurde daher am 20. Mai 92 eine zweite Uebertragung der Schilddrüse eines Lammes diesmal in die Peritonealhöhle vorgenommen, wobei der eine Schilddrüsenlappen an die vordere Bauchwand mit einer Silkwormnaht befestigt, der andere frei in die rechte Seite der Peritonealhöhle gelegt wurde. Ersterer konnte deutlich 2 Monate lang gefühlt werden, letzterer einige Wochen lang. Nach der Implantirung trat keinerlei Peritonealreizung auf. Nicht lange nach der Operation erkrankte Pat. an dysenterischer Diarrhoe, die mehrere Wochen lang anhielt. Im Sept. 92 konnte Pat. gut gehen und stehen, spielte mit Bildern und Spielzeug und wies die psychische Entwickelung eines Kindes von 2—3 Jahren auf. Vom Myxoedem war nichts mehr nachzuweisen. Somit war durch die Implantationskur das Myxoedem völlig zum Schwinden gebracht, der Cretinismus aber bedeutend gemindert worden. W. Beckmann.

Maximilian Bresgen: Der Kopfschmerz bei Nasen- und Rachenleiden. (Münchener medic. Wochenschrift № 5, 1893).

Der Kopfschmerz ist bei Nasen- und Rachenleiden eine im Allgemeinen recht häufige Erscheinung. Diese Thatsache ist zwar seit langer Zeit bekannt, doch erfuhr sie erst in den letzten Jahren gebührende Würdigung. Beim frischen Schnupfen treten Kopfdruck und Kopfschmerz erst dann auf, wenn die Verschwellung der Nasenschleimhaut einen solchen Grad erreicht hat, dass sie in der Nase einen anhaltenden Druck ausübt, ohne dass damit nothwendiger Weise auch der Luftweg bereits vollständig verschlossen wäre. Nach den langjährigen Erfahrungen des Verf. sind es namentlich 2 Momente, welche als Hauptursachen des Kopfschmerzes bei Nasenleiden verantwortlich zu machen sind: die Schleimhautschwellung und dazu ein geeigneter Bau der Nasenhöhle, d. h. eine eng gebaute Nase. Der enge Bau der Nase kann durch verschiedene Umstände bedingt sein; so z. B. handelt es sich häufig um eine Familieneigenschaft, also um eine vererbte Beschaffenheit des Nasengerüstes; fast ausnahmslos beobachtet man dabei, dass die Beengung der Nase im Bereiche der mittleren Muschel die Hauptursache für den Kopfschmerz abgiebt; sehr selten sind beide Nasenhälften gleichmässig verengt; meist ist vermöge der schief stehenden Nasenscheidewand die eine Nasenhälfte etwas enger als die andere. Immer ist es dann auch die engere Nasenhälfte, welche den Kopfschmerz verursacht. Die ungleichmässig verengten Nasen zeigen sehr verschiedene Modalitäten; bald ist der obere knöcherne Theil nach einer Seite hin erheblich vorgewölbt — in solchen Fällen können schon mässige Schwellungszustände recht bedeutende Druck- und Reizungserscheinungen hervorrufen, bald ist der untere Abschnitt der Nase durch leistenartige und dornartige Vorsprünge verengt. In allen diesen Fällen erfahren wir, dass mit dem Kopfschmerz häufig an einer ganz bestimmten Stelle der Nase ein Druckgefühl sich geltend macht, welches sogar dem Kopfschmerz kurze Zeit vorangehen kann. Bei Sondenberührung sind gewöhnlich einzelne Stellen der geschwellten Schleimhaut auffallend empfindlich und zwar schon in der kopfschmerzfreien Zeit. Bei Eiterungen in der Nasenhöhle, wobei gewöhnlich auch beträchtliche Schleimhautschwellungen bestehen, tritt sehr leicht Kopfschmerz ein, namentlich wenn der Eiter keinen freien Abfluss hat. Da bei Vergrösserung der Rachenmandel gewöhnlich eine erhebliche Schleimhautschwellung der Nase besteht, so kann man nicht mit Sicherheit die bei diesem Leiden zu beobachtenden Kopfschmerzen auf die Tonsillarhypertrophie zurückführen; vielmehr scheint es nach Verfasser, dass das Nasenleiden die eigentliche Ursache abgiebt. Was die Frage anlangt, ob der Ort, an welchem Kopfschmerz empfunden wird, einen Schluss auf die Erregungsstelle in Nase und Rachen gestattet, so muss dieselbe verneint werden. Nur sorgfältige Untersuchung der Nase und des Rachens, und zwar mit Zuhilfenahme geeigneter Sonden, kann zuweilen Gewissheit verschaffen. Verf. macht ferner noch aufmerksam, dass gewisse Erregungszustände einen auffälligen Einfluss auf Anschwellung der Nase ausüben. Aerger und Sorge, widernatürlicher und übermässiger Geschlechtsgenuss sind wiederholt als Gelegenheitsursachen zu vermehrter Nasenschwellung und nachfolgendem Kopfschmerz beobachtet worden: auch bei den häufigen Kopfschmerzen, die mit der Menstruation zusammenhängen, gelang es Verf. immer eine vermehrte Schwellung der Nasenschleimhaut festzustellen. Den Schluss der sehr interessant geschriebenen Abhandlung bildet die Beschreibung der localen Nasen- und Rachentherapie; elektrischer Brenner oder Chromsäure gegen Schleimhaut- und Knorpel-, scharfer Meissel und Löffel sowie Knochenzange gegen Knochen- und Schleimhautwucherungen. Abelmann.

Strelitz: Beitrag zur Pemphigus-Aetiologie. (Archiv für Kinderheilkunde, Bd. XV, Heft I. u. II).

Verf. war es vor einigen Jahren gelungen, im Inhalte der Pemphigusblasen (P. neonat.) zwei Kokkenarten zu finden, die ihm ihrem gesammten Verhalten nach mit dem Staphylococcus pyogenes aureus und albus identisch zu sein schienen. Eine mit diesen Kokken an Thieren ausgeführte Impfung hatte einen negativen Erfolg. Im Jahre 1891 hatte Almquist (Zeitschr. für Hygiene, Bd. 10) die Resultate eines Impfversuchs veröffentlicht, den er mit dem gelben Coccus an sich selbst angestellt und der das interessante Ergebniss gehabt hatte, dass es ihm in der That gelang, auf seinem Arme richtige Pemphigusblasen zu erzeugen.

Auf Grund dieses Experimentes sah sich nun Strelitz veranlasst, den aus dem Blaseninhalte eines an Pemphigus leidenden 1/2-jährigen Kindes gezüchteten gelben Coccus (die Anwesenheit des weissen Coccus im Blaseninhalte war nicht constant) auf seinen Arm und den eines Collegen zu verimpfen. — Schon nach 30 Stunden fanden sich an den Impfstellen regelrechte Pemphigusblasen. Im Laufe von 4 Wochen erfolgten nun immer neue Eruptionen von Blasen, deren Entstehung Str. auf eine directe Uebertragung des Virus auf die durch den Verband leicht gereizte Haut zurückführt. Das Allgemeinbefinden blieb ein ungestörtes, Fieber und Drüsenschwellung traten nicht auf. Der Process verlief stets nur in den obersten Epidermisschichten und hinterliess keine Narbenbildung.

Die Bezeichnung Pemph. «neonatorum» hält Str. auf Grund seiner Untersuchungen nicht für präcise, er glaubt, dass damit kein besonderes Charakteristicum der Krankheit gegeben sei. Wenn auch die meisten Erkrankungen Säuglinge beträfen, so sei eine Infection Erwachsener nicht nur wahrscheinlich, sondern, wie z. B. auch von Eichhorst beobachtet worden, durchaus constatirt. Da der Process acut und durchaus gutartig verläuft, erscheint Verf. die Bezeichnung P. «acutus» oder «benignus» passender als die gewöhnliche P. neonatorum.

Das Resultat seiner Arbeit fasst Strelitz in folgende Worte zusammen: «der zuerst von ihm und später von Almquist beschriebene Mikrococcus sei der Erreger der acut auftretenden und gutartig verlaufenden Pemphigusfälle, wie sie nicht selten, vorwiegend bei Säuglingen und jungen Kindern, zur Beobachtung kommen».

H. Stillmark (Helmet).

Prof. Partsch: Ueber Kiefercysten. (Deutsche Monatshefte für Zahnheilkunde. Juli 1892).

P. zeigt an der Hand der Literatur und eigner anatomischer und klinischer Studien, dass die von Magitot gegenüber den folliculären als periostal bezeichneten Zahncysten stets mit Epithel ausgekleidet seien. Sie entwickeln sich aus versprengten insulären Resten der Wurzelscheide. Entzündliche Reize geben Veranlassung zur Wucherung und Bildung der bekannten Cysten. Diagnostisch sei die für die Therapie ominöse Scheidung von Kieferhöhlenempyem bei Wachsthum nach dieser Richtung mittelst elektrischer Durchleuchtung sofort

zu erzielen, indem die kranke Seite hier durchsichtiger sei als die gesunde. Die anatomische Betrachtung ergäbe präcise Anhaltspunkte für die Therapie. P. schneidet ein grösseres Stück der Cystenwand fort, so dass die Höhle jetzt «ein Theil der Mundhöhle» wird. 3—5 Tage Tamponade, dann nur Ausspülung. Die Cyste schrumpft in 6—8 Wochen bis auf einen Narbenstreif. Punction und Injectionsbehandlung, sowie Incision sind zu verwerfen, die Resection für maligne Umwandlung der Cystenwand zu reservieren.

15 Krankengeschichten und eine Tafel mit instructiven Illustrationen beschliessen die Arbeit und überzeugen den Leser von der Richtigkeit der Deductionen des Verfassers.

(Zoege-Dorpat.)

E. von Bergmann: Reposition des luxirten Talus von einem Schnitt aus. (Arbeiten aus der chirurg. Klinik d. K. Univ. Berlin).

In Anbetracht der schlechten Erfolge des exspectativen Verfahrens bei irreponibler, isolirter Luxation des Talus empfiehlt Verf. in Fällen, wo die unblutige Reduction nicht möglich ist, die sofortige blutige Reposition, analog derjenigen bei frischen traumatischen Luxationen im Metacarpo-Phalangealgelenke, welche Verf. drei mal mit Erfolg geübt. Von Bedeutung für die Reposition des Talus ist die Erhaltung des Bandes im Sinus Tarsi, des ligamentum Talo-calcaneum interosseum. In dem Bande verläuft eine Arterie aus der Plantaris medialis bis an und in den Knochen. Dieselbe hat, wie es scheint, nahezu die Bedeutung einer Arteria nutritia für den Talus. Die Erhaltung des Bandes dürfte die Ernährung des Knochens sichern. Verf. hat die Operation einmal geübt. Das Resultat war überraschend. Nach 5 Wochen wurde Pat. geheilt entlassen.

Gernet.

A. Lanz: Ein Beitrag zur Frage der Incubationsdauer beim Tripper. (Med. Obosrenje. Moskau 1893. Nr. 2).

Verf. führt uns zunächst in einer Tabelle seine Beobachtungen über die Incubationsdauer beim Tripper vor, wobei er aber von über 300 Fällen seiner Privatpraxis nur 39 berücksichtigt, da ihm die übrigen nicht völlig einwandsfrei erschienen. Das Incubationsstadium betrug:

1	Tag	in	2	Fällen
3	Tage	»	15	»
4	»	»	4	»
5	»	»	9	»
7	»	»	4	»
8	»	»	1	Fall
10	»	»	1	»
14	»	»	1	»
20	»	»	2	Fällen.
			39	Fälle.

Diese wenn auch nicht sehr zahlreiche Beobachtungsreihe bestätigt die Angaben Finger's, dass der Tripper in der Mehrzahl der Fälle am 3. Tage und in mehr als ²/₃ der Fälle im Laufe der 1. Woche hervorbricht. Eine Incubationsdauer von länger als 14 Tagen ist sehr selten, kommt aber vor und zwei derartige, eigene Beobachtungen zieht Verf. in den spec. Kreis seiner Betrachtung. Das eine Mal handelte es sich um eine Incubation von 10, das andere Mal um eine solche von 5 Wochen. Die erstere Beobachtung betrifft einen jungen Mann, der nie früher an irgend einer venerischen Krankheit gelitten hat, die andere einen jungen Mann, der zwar vor 3¹/₂ Jahren einen Tripper überstanden hat, während dieser ganzen Zeit aber keine weiteren Erscheinungen desselben bemerkt hat, so dass von einer Exacerbation eines chron. Trippers keine Rede sein kann. Was nun die Deutung dieser Fälle anbetrifft, so fasst L. 2 Möglichkeiten in's Auge, nämlich: dass es sich entweder um eine Infection unabhängig vom Coitus oder um eine solche durch den Coitus mit ungewöhnlich langer Incubation gehandelt habe. Wenn auch Verf. im Allg. die erstere Möglichkeit zugiebt, wofür die von ihm aus der Literatur angeführten Beisp. bei Kindern sprechen, ist ein solcher Modus für Erwachsene bis jetzt so gut wie unbekannt und erscheint in Folge der geringen Vitalität des Trippervirus und der Versuche Welander's recht unwahrscheinlich. Aus diesen Gründen und da sich bei beiden Patienten, trotzdem sie genau ausgefragt wurden, nicht der geringste Anhalt für einen Infectionsweg unabhängig vom Coitus eruiren liess, glaubt Verf. die betr. Fälle nicht anders als durch eine Infection durch den Coitus mit ungewöhnlich langer Incubationsdauer erklären zu müssen. Autor schliesst mit folg. Worten: «Man begegnet Tripperfällen, wo vom Moment des letzten Coitus bis zum Erscheinen der Krankheit 3, 5 ja sogar 10 Wochen vergehen, wobei im Verlauf dieses langen Zeitraumes gar keine Symptome vorhanden sind, welche sich dem Kranken zu erkennen geben. In diesen Fällen handelt es sich aber um eine echte Urethritis gonorrhoica, denn im Secret wird der Gonococcus Neisseri gefunden.»

Jordan.

Albert Rovighi: Die Aetherschwefelsäuren im Harn und die Darmdesinfection. (Zeitschrift für physiologische Chemie, herausgegeben von Hoppe-Seyler). Verlag von K. J. Trübner. Strassburg 1892.

Die Verdauungsvorgänge im Magen und Darm werden, wenn sie gestört werden, zu einer Quelle von Autointoxication und liefern so eine Menge giftiger Stoffe, die das Allgemeinbefinden im hohen Grade beeinflussen. Diese Gifte, von denen die wichtigsten das Indol, Phenol, Skatol, Parakresol, Brenzcatechin und andere sind, werden hauptsächlich im Darm gebildet und zwar durch Thätigkeit von Bakterien, bei Gegenwart von übelverdauten, eiweisshaltigen Nährmaterialien. Sie gelangen, ausser mit den Fäkalmassen, im Harn als gepaarte Schwefelsäuren zur Ausscheidung. Aus ihrer quantitativen Bestimmung im Harn zieht Verf. Rückschlüsse auf die Fäulnissvorgänge im Darm und berücksichtigt den Einfluss verschiedener desinficirenden Mittel, die er theils per os, theils per rectum, dem Darm zuführt, auf diese Processe. Die Bestimmung geschieht durch die Ermittelung der Schwefelsäure insgesammt und den Abzug der normalen oder präformirten Sulfate, nebst Berücksichtigung der Indolreaction, da das Indol eines der wichtigsten Produkte der Darmfäulniss ist. Die Ausscheidung der gepaarten Schwefelsäuren ist im Kindesalter geringer als bei Erwachsenen, bei denen sie wiederum nach den Tageszeiten wechselt und zur Nachtzeit am geringsten ist. Der Einfluss der Terpene und der Kamphergruppe auf den Hund überdauert die letzte Darreichung etwa 3 Tage und bewirkt nach 6 grm. Terpentinöl pro die eine Verminderung der Aetherschwefelsäuren etwa um die Hälfte, nach 10 grm. Kampher um ¹/₁₀, nach 2—4 grm. Menthol, (alle per os) etwa um die Hälfte. Auch beim Menschen verminderten diese Mittel die Ausscheidung der Aetherschwefelsäure. Tanninklystiere haben nur eine geringe Wirkung. Borsäureklystiere wirken besser, doch rufen sie, durch Absorption durch die Darmschleimhaut, schwere Allgemeinstörungen hervor. Der Gebrauch des Karlsbader Salzes und der Marienbader Abführwässer, ruft in den ersten Tagen eine vermehrte Ausscheidung der Aetherschwefelsäuren, aber in der Folge eine Verminderung derselben hervor, die umso beträchtlicher ist, je schwerer vorher die Darmverdauung gestört war, weswegen man auch diese Kuren gewöhnlich für längere Zeit verordnet. Kefyr ist in Tagesgaben von 1¹/₂ Liter ein ausgezeichnetes Mittel zur Einschränkung der Darmfäulniss; seine Wirkung beruht z. Th. auf dem Gehalt an Milchsäure.

Carl Schmitz: Zur Kenntniss der Darmfäulniss. (Zeitschrift für physiologische Chemie, herausgegeben von Hoppe-Seyler). Verlag von K. J. Trübner. Strassburg 1892.

Der von Rovighi gegebenen Erklärung, dass die durch Kefyrdiät herabgesetzte Ausscheidung der Aetherschwefelsäuren im Harn, durch die desinficirende Wirkung der Milchsäure bedingt werde, tritt Verf. in einer vorläufigen Mittheilung entgegen, indem er dem Käsestoff in der Milch und im Kefyr den Einfluss auf die Herabminderung der Aetherschwefelsäuren im Harn zuschreibt. Hunde, die mit frischgefälltem Käsestoff gefüttert wurden, erlitten eine Herabsetzung der Aetherschwefelsäuren auf ein Drittel. Liess er den Hund zuerst hungern und fütterte ihn dann mit Käsestoff, so wurde die Ausscheidung auf ein Minimum herabgesetzt, in einem Falle ganz unterdrückt. «Es ist bis jetzt kein Stoff unter der grossen Zahl der Desinfectionsmittel bekannt, welcher die Fäulnissprocesse des mit Nährstoffen gefüllten Darmes, so stark herabsetzen kann, wie die Fütterung mit frischem Käse.» Die Mittheilung weiterer Versuche ist in Aussicht gestellt.

S. T. Bartoschewitsch: Zur Frage über das quantitative Verhalten der Schwefelsäure und der Aetherschwefelsäuren im Harn bei Diarrhöen. (Zeitschrift f. physiologische Chemie, herausgegeben von Hoppe-Seyler). Verlag von K. J. Trübner, Strassburg 1892.

Es wurden zwei Gruppen von Diarrhöen auf die Ausscheidungsverhältnisse der Säuren untersucht: 1) pathologische, katarrhalische und 2) künstliche, durch Darreichung von Abführmitteln, (Calomel und Ricinusoel) bewirkte. Als Versuchspersonen dienten junge Leute, welche in Hinsicht auf Wohnung, Luft, Schlaf und Arbeit in ungefähr gleichen Bedingungen lebten. Die Versuche ergaben folgende Resultate: Bei pathologischen Diarrhöen wird die Ausscheidung der Aetherschwefelsäuren (b) im Harn verringert, während ihr Verhältniss zu der präformirten Schwefelsäure (a) also $\frac{a}{b}$ oder $\frac{a+b}{b}$ grösser wird, worin Verf. die Bestätigung der Theorie sieht, dass die Aetherschwefelsäuren ausschliesslich im Darm gebildet werden. Bei den durch Calomel und Ricinusöl hervorgerufenen Diarrhöen war die darmdesinficirende Wirkung des ersteren evident, auch hier wurden die Proportionen $\frac{a}{b}$ oder $\frac{a+b}{b}$

grösser, während sie nach Ricinusöl eine Verkleinerung erfuhren, d. h. der Harn wurde reicher an Aetherschwefelsäuren. Auf Grund dieser Thatsachen unterscheidet Verf. zwei Arten von Abführmitteln, — solche, die den Darm desinficiren und solche, die diese Wirkung nicht äussern. Eine diagnostische Bedeutung räumt Verf. der Bestimmung der Proportionen $\frac{a+b}{b}$ oder $\frac{a}{b}$ nicht ein, doch kann die Bestimmung der Aetherschwefelsäuren als Controllanalyse, (z. B. bei Simulation von Krankheiten), einen nicht unbedeutenden Dienst leisten.

C. Th. Mörner: Zur Kenntniss des Verhaltens der Gallus- und Gerbsäuren im Organismus. (Zeitschrift für physiologische Chemie, herausgegeben von Hoppe-Seyler). Verlag von K. J. Trübner, Strassburg 1892.

Verfasser experimentirte an Menschen und Hunden und fand, dass sowohl Gallus- als auch Gerbsäure in den Harn übergeht, die letztere aber nur als Gallussäure. Die quantitativen Verhältnisse waren beim Menschen und Hunde so ziemlich die gleichen. Man muss beide Säuren in ziemlich grosser Menge einnehmen, um sie im Harn wiederzufinden. Nach Einnahme von 0,25 grm. Gallussäure enthält der Harn noch keine Spur davon, nach 0,5—1,0 grm. eben nur nachweisbare Spuren, nach 1,5 grm. 5 pCt., und nach 2,0 grm. schon 20 pCt., nach 4—6 grm. endlich 30 pCt. davon. Gerbsäure liefert, in denselben ansehnlichen Dosen genommen, keine nachweisbare Menge und erst nach 6—8 grm. nur 1 pCt. der eingenommenen Dosis entsprechender Gallussäure im Harn. Das verschiedene Verhalten der beiden Säuren, glaubt Verf. auf die Fähigkeit der Gerbsäure, mit Eiweisskörpern schwerlösliche Verbindungen einzugehen, zurückführen zu können. Diese werden erst im alkalischen Darm gespalten. Sie tritt also in kleinerer Menge und während einer längeren Zeitdauer in das Blut über, was ihre Verbrennung begünstigen muss. Die Gallussäure hat dagegen keine Neigung schwerlösliche Verbindungen zu bilden, sie tritt in bedeutender Menge im Blut auf und kann daher auch in grösserer Menge durch die Nieren abgeschieden werden.

Kresling.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

K. Löbker: Chirurgische Operationslehre. III. Auflage. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg 1893.

Das bekannte Buch hat mit Recht Anerkennung und weite Verbreitung gefunden. Es ist daher eine ausführliche Besprechung seiner Vorzüge nicht nöthig. Dass das Buch nicht fehlerfrei ist, wissen Alle, die es kennen. An der neuen Auflage hat Ref. auszusetzen, dass mehrere für die moderne Chirurgie wichtige Kapitel nicht ausführlich genug completirt sind. Um einiges namhaft zu machen, hätte die chirurgische Anatomie des Gehirns wohl genauer besprochen werden können; die Pyloroplastik nach Heineke-Mikulicz, eine so ausserordentlich segensreiche Operation, sollte nicht mit 3 Zeilen abgethan werden. Die neuesten Methoden der Fixation der Wanderniere (Riedel, Herczel) sind nicht berücksichtigt; ebenso ist leider die von Neudörffer angegebene Methode für Amputationen und Exarticulationen mit Stillschweigen übergangen, obgleich sie einen wesentlichen Fortschritt bedeutet wie Ref. aus mehrfacher Erfahrung versichern kann.

Praktischen Aerzten und Studirenden wird das Buch genügen und diesen sei es empfohlen. Wanach.

Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

4. November 1892.

Dr. Schabert demonstrirt Präparate von Leberechinococcus.

Dr. Götschel stellt einen Fall von geheilter Sehnennaht des Ext. pollicis longus vor. Obgleich die Sehnenenden 5 Ctm. von einander entfernt waren und durch die Naht nicht ganz zur Berührung gebracht werden konnten, ist das functionelle Resultat sehr befriedigend.

Dr. Dahlfeld demonstrirt Präparate von Hydrops der Sehnervenscheide und stellt einen Fall von hochgradiger Argyrose der Conjunctiva vor.

Dr. H. Pander verliest seinen Vortrag «Ueber die gynäkologische Elektrotherapie». Vortragender bespricht das Instrumentarium, dessen Anwendung und die Wirkungsweise des elektrischen Stromes in der Gynäkologie und erörtert die Indicationen der Elektrotherapie bei Frauenkrankheiten. Durch eine Anzahl ausführlicher Krankengeschichten durch ihn mit Erfolg behandelter Fälle stützt Vortragender die von ihm vertretene Anschauung, dass für nicht wenige Fälle die elektrische Behandlung bei Myomen und bei Endometritis und Metritis eine wesentliche Bereicherung unseres therapeutischen Könnens repräsentire (der Vortrag wird demnächst in der St. Petersburger med. Wochenschrift veröffentlicht).

Dr. Radecki meint, dass die Zahl der eigenen Beobachtungen Dr. Pander's zu gering sei, um allgemeine Schlüsse aus denselben ziehen zu können. Eigene Erfahrungen ständen ihm zwar nicht zu Gebote, doch lehre die Durchsicht der Literatur, dass die Zahl der Gegner Apostoli's sich immer mehr vergrössere. Die Methode sei keineswegs gefahrlos und Todesfälle wiederholt constatirt worden. Die Erfolge der Abrasio seien bei Endometritis seiner Erfahrung nach doch bedeutend bessere, als Dr. Pander für dieselbe zugebe.

Dr. M. Treymann giebt zu, dass die elektrische Behandlung eine Bereicherung der gynäkologischen Therapie sei und glaubt, dass die Abrasio in Verbindung mit der Elektricität mehr bieten könne, als für sich allein. Da ihn die Resultate der Abrasio nicht völlig befriedigten, hat er derselben Injectionen von Jodtinctur nachfolgen lassen und ist mit diesem Verfahren sehr zufrieden. Die elektrische Behandlung habe er nicht angewandt, weil er dieselbe für zu gefährlich halte, aber auch die Injectionen von Jodtinctur könne er nicht für ganz indifferent erklären. Jedenfalls dürfe eine intrauterine Therapie nur dann eingeleitet werden, wenn die Uterushöhle sorgfältig abgetastet sei und durch genügende Erweiterung des Cervicalcanals der freie Abfluss des Secretes gesichert worden. Weitere Gefahren der elektrischen Behandlung seien durch etwaige Erkrankungen der Adnexa des Uterus, die sich nicht immer erkennen liessen, bedingt. Das hauptsächlichste Interesse beanspruche die Frage, ob durch die Elektrotherapie die Zahl der nothwendigen Myomotomien verringert worden sei. Nach den bisher vorliegenden Publicationen erscheine dieses mindestens zweifelhaft. Zugegeben müsse allerdings werden, dass die Blutungen bei Myomen oft günstig durch die elektrische Behandlung beeinflusst werden.

Dr. v. Stryk empfiehlt die Anwendung des Ergotin bei Myomen, die inoperabel sind oder wo die Operation verweigert werde. Durch vorläufige Misserfolge soll man sich nicht abschrecken lassen, da der Effect häufig erst nach längerer Behandlung eintrete. Nicht nur die Blutungen würden günstig beeinflusst, sondern bisweilen sogar eine sichere Verkleinerung der Myome erzielt. Er wende das Ergotin stets subcutan an. In einem Fall der anderweitig elektrisch ohne Erfolg behandelt worden war, hat er mit Ergotin ein gutes Resultat erzielt.

Dr. Hach kann nicht zugeben, dass die Fälle Dr. Pander's für die Leistungsfähigkeit der Methode Apostoli's beweisend seien, da Dr. Pander auch die Abrasio gemacht habe. Wenn Dr. Pander die Wirkung der auf die Abrasio folgenden elektrischen Behandlung darin sehe, dass die Stärke der Blutungen mit der Dauer der Behandlung sich verringert habe, so sei dem entgegenzuhalten, dass auch nach der Abrasio allein die ersten Menstrualblutungen häufig die stärksten sind, um dann allmälig schwächer zu werden. Für gewisse Fälle sei die Elektrotherapie immerhin brauchbar, besonders gegen Blutungen bei Myomen, auch würden Neuralgien der Unterleibsorgane durch den elektrischen Strom nicht selten günstig beeinflusst.

Dr. Gordon ist der Ansicht, dass die Mooskissen als indifferente Elektrode nur für Stromstärken bis zu 100 Milliampère genügen, bei stärkeren Strömen aber zu viel Schmerz verursachen. Bei Myomen mit langer Uterushöhle sei die metallische Sonde wegen ihrer grösseren Berührungsfläche der Kohlensonde vorzuziehen. Im Vortrage Dr. Pander's vermisse er die Angabe, dass durch die elektrische Behandlung eine Verkleinerung der Myome stattfinde. Was die Gefahren der Elektrotherapie bei bestehender Erkrankung der Uterusadnexe betreffe, so sei es wichtig, dass in solchen Fällen eine Verschlimmerung durch die Behandlung verursacht werde. Neuerdings habe Apostoli diese Verschlimmerung als wichtiges diagnostisches Hülfsmittel für sonst nicht nachweisbare Erkrankungen der Adnexe erklärt. Bei genügender Vorsicht und Sachkenntniss seien die Gefahren nicht gross und habe er den Eindruck gewonnen, dass diejenigen am meisten vor den Gefahren der Elektrotherapie warnen, welche sich nicht selbst praktisch mit derselben beschäftigt haben.

Dr. Pander kann die von Dr. Radecki und Dr. Treymann citirte Statistik von Martin und Mackenrodt nicht als maassgebend anerkennen. Von den 60 für dieselbe verwertheten Fällen seien 30 erst zu Martin gekommen, nachdem sie bereits anderweitig ohne Erfolg elektrisirt worden waren und sich somit als für die Elektrotherapie ungeeignet erwiesen hatten. Die nackte Angabe, dass so und soviel Fälle erfolglos elektrisch behandelt seien, beweise nichts, so lange nicht für jeden Fall genau die anatomische Diagnose, insbesondere der intrauterine Befund angegeben sei. Er habe ja bereits ausgeführt, dass keineswegs alle Fälle von Myomen

für die elektrische Behandlung geeignet seien und eine Reihe von Contraindicationen beständen. Wo solche vorliegen, seien die Misserfolge natürlich selbstverständlich. Stosse die Diagnose in dem einen oder anderen Falle auf unüberwindliche Schwierigkeiten, so sei ein mit der gehörigen Vorsicht ausgeführter Versuch zu elektrisiren immerhin gestattet. Dass die Elektrotherapie die Myomotomie nicht ersetzen könne sei richtig, denn die meisten Beobachter seien darin einig, dass eine nennenswerthe Verkleinerung grösserer Myome auf elektrischem Wege nicht erreicht werden könne. Trotzdem trage die Elektrotherapie dazu bei die Myomotomie seltener nothwendig zu machen, da sie gegen die gefährlichen Blutungen bei den Myomen sich oft erfolgreich zeige. Gerade aber die Blutungen und nicht die Myome an sich seien oft das bedrohliche Moment. Besonders in Fällen, wo die Menopause nahe bevorstehe, sei es von höchster Bedeutung durch die Elektrotherapie die Blutungen beherrschen zu können und den Patientinnen so über die gefährliche Zeit hinauszuhelfen, anstatt sie gleich einer lebensgefährlichen Operation zu unterziehen. Der von ihm beobachtete Fall sei doch ein deutlicher Beweis für die Leistungsfähigkeit der Elektrotherapie. Durch sie sei die durch ihre abundanten Blutungen bis an den Rand des Grabes gebrachte, bettlägerige Patientin so sehr gebessert worden, dass sie ihrem schweren Beruf als Wäscherin wiederum nachgehen könne. Dass Secale resp. Ergotin oft für die Myombehandlung genügt, und wegen der leichten Anwendungsweise zuerst gebraucht werden sollte, stellt Dr. Pander nicht in Abrede. Es finden sich jedoch Fälle in der Literatur und auch einer seiner Fälle gehöre hierher, wo das Ergotin keinen Erfolg hatte, während die elektrische Behandlung vollkommen ihren Zweck erreichte. Dr. Hach gegenüber betont Dr. Pander, dass in 2 von seinen Fällen die Abrasio bereits früher 1. resp. 2 mal ohne Erfolg gemacht war, während die von ihm ausgeführte Combination der Abrasio mit der sich unmittelbar anschliessenden elektrischen Behandlung sofort zum Ziele führte. Ganz besonders wichtig sei es, dass durch diese Combination es in einer Reihe von Fällen ermöglicht werde die Abrasio ambulatorisch auszuführen. Für ärmere Patientinnen sei dieses ein gewiss nicht zu unterschätzender Vortheil.

18. November 1892.

Dr. Dahlfeld demonstrirt einen Fall **doppelseitiger vollständiger Ptosis.**

Dr. Krannhals hält seinen angekündigten Vortrag «**Ueber Chininfieber**».

Eine junge Dame von 22 Jahren bekam nach einer Gabe von 0,2 Chinin hohes Fieber, blutiges Erbrechen und blutige Durchfälle verbunden mit hochgradiger Prostration. Am nächsten Tage war Pat. wieder wohlauf. Als nach 8 Tagen wiederum 0,2 Chinin gegeben wurde, stellten sich dieselben Erscheinungen ein. Nach einigen Wochen wurde mit Einwilligung der Patientin experimenti causa abermals 0,2 Chinin gegeben und hatte denselben Effect wie früher. Im Anschluss an diesen Fall referirt Dr. Krannhals ausführlich über die bisher veröffentlichten Fälle von Chininfieber. Der Vortrag erscheint in der deutschen medicinischen Wochenschrift.

Dr. Rulle hat vor längerer Zeit einen Fall beobachtet, wo nach gr. X Chinin die Temperatur auf 40° stieg. Gleichzeitig trat ein flüchtiges Exanthem auf.

Dr. Krannhals will die Fälle von Chininexanthem mit leichter Temperatursteigerung von dem Chininfieber getrennt wissen. Das Charakteristische für das Chininfieber sei der Fieberparoxysmus, während die begleitenden Erscheinungen, wie die Casuistik lehre, sich verschieden verhalten können.

Dr. Heerwagen hält seinen angekündigten Vortrag «**Zur Desinfectionsfrage**». Durch zahlreiche Versuche hat Vortragender constatirt, dass Zusatz von Sublimat zur Lymphe bis zum Verhältniss von 1:300, so wie von Carbolsäure bis zu 5 pCt. die Wirksamkeit der Lymphe nicht aufzuheben braucht. Der Vortrag erscheint in der «Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten».

Dr. Krannhals weist darauf hin, dass durch Dr. Heerwagen's Versuche die bisher übliche Desinfection von Räumen, in denen Variolakranke gelegen, mit Sublimat und Carbolsäure als unwirksam festgestellt sei und daher bis zur Entdeckung eines gegen das Variolavirus wirksamen Desinfectionsmittels die Desinfection der betreffenden Räume nur auf mechanischem Wege durch Waschen, Lüften etc. zu erfolgen habe. Der Analogie nach dürfte dasselbe für die übrigen acuten Exantheme gelten.

Dr. Heerwagen bedauert wegen Zeitmangels seine Versuche nicht auch auf andere Desinfectionsmittel, sowie auf Säuren und Alkalien haben ausdehnen zu können, denn dieselben wären nicht nur zur Auffindung eines wirksamen Desinfectionsmittels wichtig, sondern auch geeignet Aufschluss über die Natur des Vaccinevirus zu geben.

Dr. Hampeln betont, dass die Resistenz des Vaccinevirus gegen Carbol und Sublimat practisch sehr wichtig sei, weil durch Zusatz derselben zur Lymphe zufällig beigemengte Krankheitserreger vernichtet werden können, ohne die Wirksamkeit der Lymphe zu beeinträchtigen.

Dr. Heerwagen hat in der That beobachtet, dass bei Zusatz von Sublimat die Impfpusteln weniger Reizung verursachen. In der animalen Lymphe seien eine Unzahl von Bakterien enthalten, gegen welche Sublimat und Carbol wohl wirksam sein können.

Dr. Hach meint, dass nicht nur die in der Lymphe enthaltenen Bakterien anzuschuldigen seien, sondern auch die auf der Haut und dem Messer vorhandenen. Leider würde der Impfact vielfach noch mit einem erstaunlichen Mangel an Sauberkeit ausgeführt.

Dr. Krannhals erklärt die Eiterung in der Pockenpustel für einen normalen Vorgang. Es frage sich nur, ob die Eiterung mit oder ohne Mikroorganismen verlaufe. Versuche wie sich der Eiter in dieser Beziehung verhalte, je nachdem ob zur Lymphe Desinfectionsmittel hinzugesetzt seien oder nicht, seien sehr erwünscht.

Dr. Schmidt hat Fälle von Variola vera beobachtet, bei denen nur mit Serum gefüllte Papeln auftraten, welche ohne Eiterung abtrockneten.

z. Z. Secretär: C. Dahlfeld.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Neuere Arzneimittel 1. Agathin ist ein Product der Condensation von Salicylaldehyd und asymmetrischem Methylphenylhydrazin. Weisse Krystalle in Wasser unlöslich, dagegen leicht löslich in Alkohol, Aether, Benzol; geruch- und geschmacklos. Das Mittel wurde von Rosenbaum in Dosen von 0,5 2—3 mal täglich mit Erfolg gegen Rheumatismus und Neuralgien angewandt.

2. Diaphterin oder Oxychinaseptol, eine Verbindung von Oxychinolin und Phenolsulfonsäure. Das Mittel besitzt nach Emmerich stark antiseptische Eigenschaften. 1 pCt. Lösung soll schon bei Wundbehandlung ausreichend sein. Die Giftwirkung ist sehr gering. Von Kronacher wandte das Mittel mit äusserst befriedigendem Erfolge bei einer Anzahl chirurgischer Krankheiten an. Brandt (Berlin) tritt energisch für die Anwendung des Diaphterin in der zahnarztlichen Praxis ein.

3. Dulcin. Ein Körper, welcher bestimmt ist dem Saccharin starke Concurrenz zu machen. Es ist der chemischen Fabrik J. Riedel gelungen, ein Verfahren auszuarbeiten, durch welches es gelingt das Dulcin leicht aus Phenitidin darzustellen, so dass der Preis der Substanz ein billiger sein wird.

4. Sozal ist das Aluminiumsalz einer aromatischen Sulfosäure, bildet Krystalle, die in Wasser, Glycerin, Alkohol leicht löslich sind. Die Substanz besitzt einen starken adstringirenden Geschmack. Das Mittel wurde angewandt bei Eiterungen, tuberkulösen Geschwüren, ferner bei Cystitis. Die Erfolge waren ziemlich günstig. Zu Injectionen wurde eine 1%ige Lösung benutzt.

5. Kresin — ist eine Auflösung von Kresol durch Kresoxylessigsaures Natrium, stellt eine braune, klare in Alkohol und Wasser lösliche Substanz dar. Trotz der geringen Giftigkeit soll das Kresin 4 mal stärker antiseptisch wirken, als Carbolsäure und in einer mehrprocentigen Lösung zur Desinfection von Nachtgeschirren, zur Reinigung chirurgischer Instrumente, sowie für die Behandlung von Wunden sich eignen.

(Therapeut. Monatshefte, Nr 1, 1893).

Vermischtes.

— Die Professoren der Moskauer Universität Klein (Pathólog) und Neiding (Gerichtliche Medicin) sind nach Ausdienung von 30 Jahren und der Professor der Charkower Universität Jassinsky (Gynäkolog) nach Ausdienung von 25 Jahren auf weitere fünf Jahre im Dienst belassen worden.

— Bestätigt: Der ausserordentliche Professor der speciellen Pathologie und Therapie an der Moskauer Universität Jelzinski als ordentlicher Professor; der ausseretatmässige ausserordentliche Professor für Syphilis und Hautkrankheiten an derselben Universität Pospjelow — zum etatmässigen ausserord. Professor; der Privatdocent der genannten Universität Golubow als ausseretatmässiger ausserord. Professor der speciellen Pathologie und Therapie.

— Uebergeführt: Der Kownosche Gouvernements-Medicinalinspector, Staatsrath Dr. Sadler auf denselben Posten im Gouvernement Woronesh und der stellvertretende Medicinalinspector von Woronesh, Staatsrath Dr. Goreleitschenko auf denselben Posten im Gouv. Kowno.

— Verabschiedet auf eigenes Ersuchen: der Oberarzt der Jansaschen Abtheilung des Arbeiterhospitals in Moskau, Staatsrath Berensohn.

— Verstorben: 1) Am 12. März in Baku der dortige Gouvernementsarzt, Staatsrath Dr. Paul Blumberg im 52. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Estland und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1861—66 Medicin studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde (1867) war B. anfangs Arzt für Abcommandirungen bei der

kaukasischen Militärverwaltung, dann von 1867—69 jüngerer und von 1869—79 älterer Ordinator der chirurg. Abtheilung des Stadthospitals zu Tiflis. Im Jahre 1879 wurde er zum Gehilfen des Gouvernementsarztes und 1885 zum Gouvernementsarzt von Baku ernannt, in welcher Stellung er bis zu seinem Lebensende thätig war. In den Jahren 1877 und 78 war der Verstorbene auch auf dem kaukasischen Kriegsschauplatze thätig. 2) Am 5. März zu Riga der jüngere Ordinator des dortigen Militärhospitals Nikolai Boitschenko an acuter Meningitis. 3) und 4) die jüngeren Regimentsärzte Michalew und Gaillard (41 J. alt). 5) In Göttingen der ausserord. Prof. der Physiologie Dr. Gustav Herbst im 90. Lebensjahre. 6) In Sing-Sing im Staate New-York der praktische Arzt Dr. Georg Jackson Fisher im 68. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher früher Präsident der Medical Society des Staates New-York war, besass eine sehr werthvolle medicinische Bibliothek von 5000 Bänden.

— Am 17. März vollendeten sich 25 Jahre der Dienstthätigkeit des Ehrenhofmedicus, wirkl. Staatsrath Dr. Baikow, Gehülfen des Directors der ambulatorischen Heilanstalt der Herzogin von Edinburg hierselbst. Der Jubilar war früher auch Ordinator am Obuchowhospital und trat im Jahre 1872 in's Roshdestwenski-Baracken-Lazareth ein, wo er die chirurgische Abtheilung leitet und zugleich als Docent der Chirurgie an der Schule für Arztgehülfen und Feldscherinnen fungirt.

— Am 20. März n. St. begingen zwei Professoren der Berliner medicinischen Facultät, die Geheimräthe Schweigger (Ophthalmolog) und Liebreich (Pharmakolog), ihr 25-jähriges Docentenjubiläum. Prof. Schweigger war anfangs Professor in Göttingen und wurde von dort nach Berlin berufen; Prof. Liebreich gehört volle 25 Jahre dem Docentencollegium der Berliner med. Facultät an, zuerst als Privatdocent, drei Jahre darauf als ausserord. Professor und schon ein halbes Jahr später als ordentlicher Professor. Es ist ein in den Annalen der Berliner med. Facultät äusserst selten verzeichneter Fall, dass ein Gelehrter in so jugendlichem Alter, im Anfang der dreissiger Jahre, eine ordentliche Professur erhielt, doch war diese glänzende Carrière durch die voraufgegangenen gediegenen Leistungen Liebreichs vollkommen begründet.

— Am 16. März n. St. hielt Prof. Dr. Rudolf Virchow in der Aula der Londoner Universität vor einer sehr zahlreichen Zuhörerschaft in englischer Sprache die «Croonian-Vorlesung». Diese Vorlesung, deren Thema die Stellung der Pathologie unter den biologischen Studien bildete, ist sehr beifällig aufgenommen worden. Am Abend desselben Tages wurde ihm zu Ehren ein glänzendes Bankett gegeben, dem 200 Personen, darunter die Coryphäen der medicinischen Wissenschaft Englands beiwohnten. An der Festtafel brachte der Vorsitzende Lord Kelvin, Präsident der königl. Academie der Wissenschaften (bekannter unter seinem früheren Namen Sir William Thompson) die Gesundheit Virchows in den schmeichelhaftesten Ausdrücken aus, worauf noch Prof. Huxley, Sir James Paget und Sir Andrew Clark dem Ehrengaste warmen Tribut der Hochachtung und Bewunderung zollten. Alle Zeitungen brachten lange Leitartikel, in denen sie Virchow als Mediciner, als Alterthumsforscher, als Berliner Stadtverordneten und als Politiker feiern.

Am 21. März erfolgte in Cambridge die feierliche Verleihung des Ehrendoctorats der Naturwissenschaften seitens der dortigen Universität an Prof. Virchow. (A. m. C.-Ztg.).

— Dem Begründer und Herausgeber der in Madrid erscheinenden medicinischen Wochenschrift «El siglo medico», Dr. Serrano ist der Titel eines Marquis von Guadalerzas verliehen worden.

— In der nächsten Zeit begiebt sich eine grössere Anzahl Studenten des V. Cursus der militär-medicinischen Academie ins Ssaratow'sche Gouvernement, um sich an der Bekämpfung der dort herrschenden Cholera, Diphtherie und des Flecktyphus zu betheiligen. Die ersten drei Studenten sind bereits am 7. März dorthin abgereist.

— Die in Reval von den Herren DDr. Greiffenhagen, v. Middendorff, v. Rennenkampff, Knüpffer eröffnete Klinik (cf. diese Wochenschrift Nr. 9 pag. 86) ist im Wesentlichen eine ambulatorische. Die Anstalt hat allerdings 2 Betten für stationäre Kranke bereit, doch sollen sie nur in Ausnahmefällen belegt werden. Die Hauptsache ist der Empfang ambulatorischer Kranken, der werktäglich von 8½—10 Uhr Morgens stattfindet. Die Zahlungsbedingungen sind sehr mässig. Dr. Greiffenhagen behandelt chirurgische, Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten, Dr. v. Middendorff Augenkrankheiten, Dr. v. Rennenkampff innere, Haut- und Kinderkrankheiten und Dr. Knüpffer Frauenkrankheiten.

— Von dem Blindencuratorium werden besondere fliegende Abtheilungen mit Aerzten an der Spitze ausgesandt, welche die Blinden im Reiche aufsuchen und ihnen die nöthige ärztliche Hülfe angedeihen lassen sollen. Fürs erste werden 4 solcher Abtheilungen formirt werden, die im nächsten Sommer ihre Thätigkeit beginnen sollen.

— Die Mologasche Kreislandschaft (Gouv. Jaroslaw) hat beschlossen das Leben der Landschaftsärzte, so lange sie im Dienst der Landschaft sind, auf 3000 R. und das der Feldscher auf 1000 Rbl. zu versichern. Die Mologasche Landschaft hat in kurzer Zeit zwei ihrer Aerzte am Flecktyphus verloren.

— In Irkutsk hat der dortige Einwohner Kelch 25,000 Rbl. zur Errichtung einer Colonie für Geisteskranke in der Nähe von Irkutsk gespendet.

— Wie für die Studenten der hiesigen Universität, so werden auch für die Zuhörerinnen der höheren weiblichen Curse hierselbst, welche sich bei der Choleraepidemie als Sanitare betheiligen wollen, Vorlesungen über die Cholera gehalten werden. Diese Vorlesungen haben dieselben Privatdocenten der militärmedicinischen Academie übernommen.

— Auf der Weltausstellung in Chicago wird in dem United States Army Hospital ein Laboratorium eingerichtet werden, das ausschliesslich zur Veranschaulichung der Entdeckungen Robert Koch's dienen soll.

— Für die Dauer der Weltausstellung zu Chicago hat die Firma Charles Truax, Greene & Co., 75 und 77 Wabash-Avenue in Chicago, U. S. A. ein Bureau zu Diensten und zur Information sämmtlicher Aerzte und Chirurgen der Welt eröffnet, das Aerzten und deren Familien Auskünfte unentgeltlich ertheilt über Hôtels, Kosthäuser, Posterleichterungen, Telegramme, Bahnverkehr, Hauptquartier für Aerzte, Einkäufe, Dolmetscher etc. (A. m. C.-Ztg.)

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 14. März d. J. 6575 (33 mehr als in der Vorwoche), darunter 166 Typhus — (14 mehr), 694 Syphilis — (35 weniger), 73 Scharlach — (2 weniger), 11 Diphtherie — (1 mehr), 17 Masern — (6 weniger) und 25 Pockenkranke — (6 weniger als in der Vorw.).

Vacanzen.

1) Im Kreise Solwytschegodsk (Gouv. Wologda) ist die Stelle eines Landschaftsarztes zu besetzen. Gehalt 1500 R. jährlich. Adresse: «Сольвычегодская Земская Управа».

2) Für Werchnednjeprowsk (Gouv. Jekaterinoslaw) wird ein Arzt mit chirurgischen Kenntnissen für ein Hospital mit 25 Betten gesucht. Gehalt 1200 R. jährlich. Adresse: «Верхнеднѣпровская Земская Управа».

3) In Belebei (Gouv. Ufa) ist die Stelle eines Landschaftsarztes zu vergeben. Gehalt 1200 Rbl. Das Reisegeld bis Belebei wird zurückerstattet. Adresse: «Велебеевская Земская Управа».

4) Es wird ein Arzt für den Flecken Wobolniki (Gouv. Kowno) gesucht. Der Bezirk hat 17000 Einwohner. Kenntniss der litthauischen Sprache nothwendig. Fixum 120 R. jährlich. Nähere Auskünfte ertheilt der örtliche Apotheker.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 7. März bis 13. März 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
297	245	542	118	54	59	6	12	12	49	64	49	48	42	18	11	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 3, Typh. abd. 7, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 5, Scharlach 11, Diphtherie 3, Croup 1, Keuchhusten 0, Croupöse Lungenentzündung 31, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 95, Tuberculose anderer Organe 5, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 39, Marasmus senilis 14, Krankheiten des Verdauungscanals 63, Todtgeborene 29.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 13. April 1893.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 5. April 1893.

Franzensbad. Heilanzeigen: Blutarmuth, fehlerhafte Blutmischung, allgemeine Ernährungsstörungen, chronische Catarrhe sämmtlicher Schleimhäute, Verdauungsschwäche und chronische Stuhlverstopfung. Chronische Nervenkrankheiten. Chronischer Rheumatismus, Gicht. Chronische Exsudate, Frauenkrankheiten.

Bad Elster. Heilanzeigen: Störungen der Ernährung und Konstitution mit Blutarmut und fehlerhaften Blutmischung; Frauenkrankheiten, besonders chronische Entzündungen und Exsudate; chronischen Nervenleiden, besonders Neurasthenie, Basedow'sche Krankheit, Neuralgien, spec. Ischias, periphäre Lähmungen. chronische Entzündungen des Rückenmarks; chronische Herzleiden, chronische Katarrhe der Verdauungswege, Dyspepsie, habituelle Obstruction, Störungen der Säftemischung mit Verlangsamung des Stoffwechsels, nicht selten unter gleichzeitiger krankhafter Veränderung der Leber, Fettleibigkeit, torpide Skrofulose, chronischer Rheumatismus, Gicht.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

E. van der Vliet, Прядильный переулокъ, д. № 8, кв. 21.

Friederike Karlowna Simbill, Вас. Остр. 14 л. № 51.

Marie Mohl, Вас. Остр. 1 л. д. № 44, кв. 3

Pauline Gebhardt, Вас. Остр. Б. просп. № 5, кв. 18.

Sophie Jordan, Вас. Остр., 10 лин. д. 11 кв. 9.

Frau **Marie Kubern**, Мойка 84, кв. 19 напротивъ реформатской церкви.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

Ida Belajew. Казанская № 52, кв. 24.

Довв. ценз. Спб. 19 Марта 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 13 St. Petersburg, 27. März (8. April) **1893**

Ueber die Ursache des Geburtseintrittes auf Grundlage vergleichend-anatomischer Untersuchungen.

Ein Beitrag zur Cervixfrage.

Von

Dr. med. W. Knüpffer

prakt. Arzt in Reval.

In wie hohem Grade das vorliegende Thema das Interesse der medicinischen Welt in Anspruch genommen hat, geht recht zur Genüge aus der grossen Zahl der Theorien und Hypothesen «über die Ursache des Eintritts der Geburt» hervor, die von Hippokrates ab immer wieder von unseren ersten Autoritäten in der Geburtshülfe und Gynäkologie aufgestellt und durch die eingehendsten Untersuchungen zu begründen gesucht wurden. Eine Einigung in der Frage konnte aber nicht erzielt werden, denn zu verschieden waren die Gesichtspunkte, von denen die Untersucher ausgingen. Auf alle Theorien hier einzugehen, würde mich zu weit führen, daher verweise ich auf meine Dissertation[1]), in der ich versucht habe, in historischer Folge eine vollständige Zusammenstellung der reichhaltigen Literatur über die Ursache des Eintritts der Geburt zu geben, und in der sich auch eine Aufzählung der anatomischen Studien über die gangliösen und nervösen Apparate am Uterus, sowie der Arbeiten findet, die auf physiologischem Wege der Thätigkeit dieser nervösen Apparate zu ergründen suchen.

Einfach und leicht verständlich scheint die Ansicht über die «Ursache des Eintritts der Geburt» die von Keilmann[2]) in seiner Arbeit über die Cervixfrage angedeutet wird. Nachdem er auf vergleichend-anatomischem Wege an Thieren ein unzweifelhaft aus der Cervix stammendes meso-uterines Cavum nachgewiesen, das in allen Punkten dem sog. «unteren Uterinsegment» des Menschen entspricht, kommt er bei der Betrachtung über die physiologische Bedeutung dieser Erweiterung zur Ansicht, dass die Geburt eintreten muss, wenn die Cervix bis zu den in der Höhe der Scheideninsertion befindlichen grossen Ganglien erweitert ist, wodurch ein mechanischer Druck auf dieselben ausgeübt wird. Dieser Druck soll nach Keilmann erregend auf die Ganglien wirken und dadurch reflectorisch die Uteruscontractionen und die Geburt der Frucht veranlassen.

Diese Anschauung über die Ursache des Eintritts der Geburt durch Untersuchungen auf vergleichend-anatomischem Wege zu prüfen, hatte ich mir als Thema für meine Dissertation gewählt, und ich glaube die Berechtigung dieser Anschauung an der Hand meiner mikroskopischen Präparate zunächst für die Fledermaus ausreichend erhärten zu können.

Zur Lösung der mir gestellten Aufgabe habe ich folgenden Weg eingeschlagen: Ich habe an der Hand mikroskopischer Serienpräparate die an der Vagina, der Cervix und dem Uterus gelegenen Ganglien in ihrem Verhältniss zur Veränderung der Cervix, des Uterus und des Fötus während der Schwangerschaft untersucht und dabei mein Hauptaugenmerk auf die Höhe, in welcher Ganglien noch zu finden sind und auf die Entfernung derselben von der Cervixwand gerichtet.

Zum Ausgangspunkt für die Betrachtung der diesbezüglichen Verhältnisse wählte ich eine möglichst ausgiebige Zahl geeigneter Präparate von Fledermäusen, die sich nach Keilmann für die vergleichende Beurtheilung der Schwangerschaft und der Geburtsverhältnisse in den menschlichen Genitalorganen besonders gut eignen.

Aus der vollkommenen Analogie der histologischen Verhältnisse an dem Genitaltractus der Fledermaus und des Menschen im nicht graviden, graviden und puerperalen Uterus mit seinen Umgestaltungen und Uebergängen, glaubte ich entnehmen zu dürfen, dass auch die

[1]) Wilhelm Knüpffer. «Ueber die Ursache des Geburtseintritts etc.» Inaugural-Dissertation. Dorpat, Februar 1892.

[2]) Keilmann. «Zur Klärung der Cervixfrage». Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. Bd. XXII, 1891.

nervösen Verhältnisse sich würden vergleichen lassen. Dass ich mich darin nicht getäuscht habe, zeigen die im Laufe der Arbeit erhobenen Befunde.

Von 14 Fledermäusen suchte ich 4 aus, welche die durch die Schwangerschaft gesetzten Veränderungen besonders deutlich erkennen liessen. Ich wählte eine nicht gravide, zwei gravide in verschiedenen Stadien und eine intra partum getödtete aus und legte durch die Uteri, meist aber durch das Becken mit seinem ganzen Inhalte Serienschnitte hindurch.

Schon bei flüchtigem Durchmustern dieser Schnittserien ergab es sich, dass die Ganglien den fortlaufenden Stadien der Gravidität entsprechend sich mehr und mehr zu beiden Seiten der Cervix concentrirten, namentlich aber in immer nähere räumliche Beziehung zur Wand traten. Besonders übersichtlich und kaum einen Zweifel zulassend wurden aber erst die Veränderungen, vor Allem die Lage und Zusammengehörigkeit der vielen Ganglienhaufen mit einander, sowie ihre gemeinsame Lage rücksichtlich der Wand des Organes, als ich mich auf den Rath von Prof. J. von Kennel, der mir bei meinen Arbeiten aufs Liebenswürdigste mit Rath und That zur Seite stand, an die Arbeit machte, meine Querschnittserien zu Flächenbildern zu reconstruiren, welche ich auf einer Tafel meiner Arbeit beigefügt habe. Ausser den genannten 4 Fledermausuteri gelang es mir auch noch den eines neugeborenen Mädchens zu untersuchen, den ich, ebenfalls in eine lückenlose Querschnittserie zerlegt, zum Flächenbilde reconstruirt habe.

Bei Betrachtung dieser Flächenbilder fällt vor Allem auf, dass die Ligamenta lata sich am Wachsen des ganzen Uterus in der Gravidität nicht proportional mitbetheiligen. Wird durch die Gravidität der Uterus ausgedehnt, so wächst das Organ dabei in die Höhe, nach oben heraus. Die uterine Tubenmündung folgt ja wohl dem wachsenden Uterus, die im nichtgraviden Stadium senkrecht zur Uterusaxe abgehenden Tuben aber legen sich an den graviden Uteruskörper nach unten gerichtet an, da sie in Folge des nicht proportionalen Wachsthums der Ligamenta lata in ihrer ursprünglichen Höhe festgehalten werden.

Am nicht graviden Uterus liegen längs der ganzen Cervix in den Mesometrien von der Scheidenhöhe an und bis hart an die Uterushörner hinauf die grossen Ganglienmassen, in den unteren Partien dichter gedrängt und näher dem Organe, in den nach oben zu gelegenen Partien sich mit den Mesometrien weiter vom Organe entfernend und in viel lockerer Anordnung.

Mit dem Wachsthum des Organes in der Gravidität Hand in Hand geht nun eine interessante Veränderung an der Cervix vor sich, ich meine die Bildung und Entwickelung des sog. unteren Uterinsegmentes.

An dem graviden Fledermausuterus aus dem frühen Stadium sind diese Veränderungen deutlich erkennbar. Die untere Partie der Cervix ist noch als Canal erhalten, während die obere sich stark erweitert hat. In dieser erweiterten Gegend sind noch deutlich, wenn auch abgeflacht, die mit Cervix-Cylinderepithel bedeckten Plicae palmatae zu erkennen, sowie deren Ersatz durch Deciduacellen. Ein klarer Beweis für die Abstammung dieser Partie, des sog. unteren Uterinsegmentes, aus der Cervix und für die Mitbetheiligung der Cervix an dem Wachsthum des ganzen Organes in der Gravidität.

Die Ganglien, die mit den Mesometrien an ihrem ursprünglichen Lagerungsorte verblieben sind, liegen nun aber bedeutend dichter gedrängt, da die Mesometrien sich verschmälert haben; die Cervix wächst ja nicht nur nach oben zu, sondern dehnt sich auch in die Mesometrien hinein, welche dadurch eine Verschmälerung erleiden, so dass sich die Ganglien zu dichteren Massen anhäufen, weil sie nicht vor der vorrückenden Cervixwand ausweichen können.

Weit vorgeschrittener ist das Stadium, in dem sich der zweite von mir untersuchte gravide Uterus befindet. An ihm findet man den ganzen Cervikalkanal durch die bis fast an den äusseren Muttermund herabhängenden Eihäute mit ihrem Fruchtwasserinhalte stark ausgedehnt. Auch an dieser Cervix ist das sog. untere Uterinsegment deutlich an der Cylinderepithelauskleidung und an den Plicae erkennbar. Mit der stärkeren Ausdehnung der Cervix sind die Ganglien der Wand scheinbar viel näher gerückt, in Wahrheit aber ist die Cervix in die Mesometrien hineingewachsen und dadurch den Ganglien um ein beträchtliches Stück näher gerückt. Eine directe Berührung zwischen den Ganglien und der Cervixwand findet jedoch noch nicht statt, so dass ein mechanischer Druck der letzteren auf die Ganglien noch nicht stattfindet.

Dass dieser Druck schliesslich in dem letzten Stadium zu Stande kommt, zeigt das Reconstructionsbild des intrapartuellen Uterus. Während der Geburt des zweiten Fötus, wo nur der Kopf desselben aus den Genitalien hervorsah, wurde die Fledermaus getödtet. Die Cervix befand sich also im Stadium der grössten Ausdehnung auch unterhalb des zum sog. unteren Uterinsegment umgewandelten Theiles.

An diesem Uterus findet man nun die Ganglienmassen zu fest aneinander gedrängten Complexen angehäuft, der Cervixwand unmittelbar anliegend. Die Mesometrien sind vollständig aufgebraucht und haben sich mit den Ganglien an der Peripherie des Cervix nach vorne und hinten verschoben und sich dadurch innig an die Wand angelegt. Stellen wir uns nun die Verhältnisse des letzt beschriebenen Organes kurz vor dem Beginne der eben eingetretenen Geburt vor, so ergiebt sich nothwendiger Weise die Construction eines Stadiums, in dem mir noch ein geringer Druck von innen nach aussen nöthig erscheint, um die die Cervix schon eng umgebende Ganglienschicht mechanisch zur Auslösung energischer Organcontractionen zu reizen. Diese Reizung muss durch Druck und Zerrung zu Stande kommen.

Nachdem also ein Theil der Schwangerschaft verflossen ist, beginnt mit zunehmender Grösse des Eies der Uterus über die obere Grenze der Ligamenta lata hinauszuwachsen; die damit verbundene Erweiterung des Cervikalkanales lässt die Ganglien sich mehr und mehr zusammenschieben, der Organwand näher treten und bald tritt eine mechanische Reizung der obersten vereinzelten Ganglien ein, durch welche die ersten leichten Contractionen (Schwangerschaftswehen) ausgelöst werden. Mit dem weiteren Tieferrücken des Fötus wird nun die Cervix mehr und mehr gedehnt und nähert sich dadurch den grossen Ganglien, die durch die Mesometrien sich zu entfernen verhindert werden. Der Druck setzt sich also naturgemäss auf die tieferliegenden Ganglien fort, welche aber bedeutend zahlreicher und grösser sind und stärkere Wehen bewirken. Nun ist ein sich selbst fördernder Mechanismus in Thätigkeit gesetzt. Die Wehen werden stärker und länger andauernd, sie erfolgen in kürzeren Pausen, schliesslich drückt der im Cervikalkanal liegende Fötus auf alle Ganglien gleichzeitig, bewirkt die heftigsten Contractionen des Uterus und mit den stärksten Wehen wird der Fötus ausgestossen.

Dürfen wir nun in den erhobenen Befunden eine Erklärung des typischen Geburtseintritts bei der Fledermaus erkennen, so zwingt die den an ihr gefundenen anatomischen Verhältnissen entsprechende Anordnung der Ganglien beim Uterus des neugeborenen Mädchens zur Annahme, dass dieselbe imponirend zweckmässige Einrichtung auch für den Menschen gilt.

Dass Contractionen des Uterus thatsächlich von diesen Ganglien ausgelöst werden, und dass diese ein Hauptcentrum für die motorische Thätigkeit der Uterusmuscu-

latur darstellen, geht klar hervor aus den Untersuchungen und Befunden einer Reihe von Autoren (Rein, Cohnstein, Reimann, Frommel, Kehrer und Dembo), die bei exstirpirtem Uterus doch Contractionen an demselben durch Reizung bestimmter Stellen hervorrufen konnten und dadurch zur Anschauung gezwungen wurden, dass das Contractionscentrum des Uterus in ihm selbst, wie es beim Herzen der Fall ist, liegen muss.

An der Hand dieser Erwägungen und meiner Präparate glaube ich wohl die Keilmann'sche Anschauung über die Ursache des Eintritts der Geburt für berechtigt halten zu dürfen und die Frage der Entscheidung näher gebracht zu haben.

Ueber die Behandlung des Ulcus annulare catarrhale corneae.

Von

Dr. L. Blumenthal,

Riga.

Merkwürdiger Weise ist dieses gar nicht so selten vorkommende Geschwür der Hornhaut in der Literatur wenig berücksichtigt. Ich möchte daher Folgendes über zwei von mir beobachtete Fälle mittheilen.

Fall I. N. K., Fischhändlerin, consultirte mich am 17. April 1889 wegen ihres vor 4 Tagen erkrankten Auges. Sie giebt an, dass sie im Allgemeinen und speciell an ihren Augen bis jetzt gesund gewesen ist. Ausser einem Gefühl der Schwere Morgens und hin und wieder leichtem Thränen hat sie im Zustand ihrer Augen nichts Abnormes bemerkt. Seit 4 Tagen verspürt sie ein Stechen und Brennen im rechten Auge, welches sich am zweiten Tage bis zu erheblichen Schmerzen steigerte und seit gestern wird sie von heftigen Schmerzen an der rechten Kopfhälfte gequält.

Status praesens: Patientin, 50 Jahre alt, von gelblich-aschgrauer Gesichtsfarbe, sieht stark reducirt aus. Das linke Auge ist völlig normal. Die äusseren Theile des rechten Auges sind in jeder Beziehung normal. Die Conjunctiva palp. sup. et inf. dieses Auges bietet das Bild hochgradiger Hyperaemie. Die Gefässe dicht angeordnet und stark injicirt heben sich sehr deutlich ab, die Ausführungsgänge der Meybohm'schen Drüsen sind zu unterscheiden, obwohl etwas verschleiert. Die Conjunctiva bulbi ist stark injicirt, es besteht pericorneale Injection, doch keine Chemosis. Die Cornea, im Allgemeinen klar und normal gewölbt, zeigt einen oben und unten gelegenen Greisenbogen und zwar wie gewöhnlich nicht hart am Limbus gelegen. Am inneren unteren Rande der Cornea sieht man eine bogenförmig gestellte graue Trübung, in der man schon mit blossem Auge besonders von der Seite aus betrachtet einen der Form dieser Trübung entsprechenden, wie mit einem Meissel ausgehobenen Defect erkennt. Dieser Defect hat etwa 3 Millimeter Länge. Der Boden oder Falz dieses Defectes resp. Geschwürs ist wenig getrübt. Die Hornhaut scheint etwas weniger sensibel als normal zu sein. Der intraoculare Druck ist nicht von der Norm abweichend. Die Pupille ist eng. Das Gewebe der Iris normal, ihre Reaction träge, das Kammerwasser klar. Bei seitlicher Beleuchtung erkennt man die Trübung und den in derselben gelegenen Spalt oder Graben besonders deutlich.

Meine Diagnose lautete: Ulcus annulare catarrhale. Ueber die Behandlung dieses Hornhautgeschwürs ist in der Literatur fast gar nichts vorhanden. Schmidt-Rimpler (Lehrbuch 1886 S. 475) sagt darüber Folgendes: «Bei der Tendenz zur Ausbreitung dieses Geschwüres ist die Prognose dubiös. Neben antiseptisch lauen Verbänden haben mir frühzeitige und wiederholte Paracenthesen die besten Dienste geleistet». Gegen die Hyperaemie der Iris träufelte ich einige Tropfen Atropin, dann eine 4-pCtige Borsäurelösung ein, stäubte darauf fein pulverisirtes Jodoform ein und liess in Betracht des hyperaemischen Zustandes der Conjunctiva laue Compressen machen. Damit liess sich jedoch kein Effect erzielen. Es war interessant zu beobachten mit welcher Beharrlichkeit dieses Geschwür weiter kroch. Während eine Stelle vernarbte, brach 1—2 Tage darauf ein neuer Graben auf, jedesmal nachdem eine Trübung vorausgegangen war. So hatte das Geschwür bereits ¾ des Corneaumfangs ergriffen, wobei Patientin unstillbare Schmerzen hatte, und selbst starke Dosen von Narkoticis brachten ihr nur wenig Schlaf. Wie mit einem Schlage änderte sich dieser trostlose und peinliche Zustand, als ich die Conjunctiva palpebrae mit einer 3-pCtigen Lösung von neutralisirtem essigsaurem Blei touchirte, mit Wasser nachspülte und hierauf kühle Compressen machen liess.

Ich bin der Meinung, dass die bekannte Warnung vor Bleilösungen bei Hornhautaffectionen zu sehr allgemein gehalten ist. Ich gebe zu, dass Bleilösungen bei oberflächlichen Epithelverlusten der Cornea, wie sie z. B. nach leichten Verletzungen entstehen, diesen sogenannten Erosionen, Schaden bringen, indem sich Praecipitate von Bleialbuminat bilden, während eine solche Epithelabschürfung sich wie gewöhnlich völlig normal restauriren würde. Warum aber sollte es von Schaden sein, wenn sich innerhalb einer ohnehin dichten Narbe, wie sich eine solche an Stelle eines tiefen Geschwüres ja doch unausbleiblich bilden müsste, eventuell ein Bleipraecipitat befinden würde. Ich glaube, dass es schwer halten würde, den Beweis einer solchen Schädlichkeit beizubringen, umsomehr als dieses gefürchtete Bleipraecipitat wahrscheinlich durch den Eiter, welchen das Geschwür absondert aus dem Auge entfernt wird. Jedenfalls scheint die Vermuthung, es könnten durch dieses Bleipraecipitat späterhin Reizzustände des Auges entstehen, mehr theoretischer Natur zu sein, und doch ist das Blei in oben angeführter Anwendungsweise in Fällen von hartnäckigen gefährlichen Affectionen der Cornea, seien es Geschwüre, seien es eitrige Infiltrate, die durch katarrhalische Zustände der Bindehaut bedingt oder nebenbei bestehen, was bekanntlich sehr oft der Fall ist, meiner Ueberzeugung nach ein unersetzliches Medicament. Jeder erfahrene Praktiker wird oft genug die Erfahrung gemacht haben, dass in Fällen von Phlyctaenen der Conjunctiva bulbi, neben bestehender lymphatischer Affection der Lidbindehaut, es sehr oft vorkommt, dass das sonst sehr praecis wirkende Calomel eine noch grössere Reizung des Auges hervorbringt und erst eine vorhergehende Touchirung der Lidbindehaut mit Bleilösung das Auge für Calomel empfänglich macht, welches erst jetzt wirklich eclatant wirkt. Besonders in Fällen von Geschwüren erkennt man die günstige Wirkung des Bleies, welche Kobert demselben bei allen Wunden und Geschwüren überhaupt zuschreibt. Somit scheint es mir in der That übertrieben, wenn gewichtige Ophthalmologen, wie z. B. Fuchs in Wien das Blei aus dem ophthalmologischen Heilschatz bedingungslos gestrichen wissen wollen. Ich möchte daher diese Frage dahin formuliren, dass Bleipräparate den Kranken in die Hand zu geben möglichst zu vermeiden ist, ja, dass sogar den Apothekern verboten werden soll, das Bleiwasser und das sog. Goulard'sche Wasser und sonstige Bleipräparate im Handverkaufe abzulassen, da sie in der That in manchen obengenannten Fällen fast unreparirbaren Schaden stiften, dass sie aber in Fällen von eitrigen Geschwüren und Infiltraten der Hornhaut neben bestehenden Conjunctivalaffectionen sehr wohl und mit Vortheil von der Hand des Arztes angewandt werden können, oder sollen. Dem Blei ähnliche Mittel, wie z. B. das Zincum sulf. wirken lange nicht so günstig.

Fall II betraf einen Mann von ca. 45 Jahren, von gleichfalls decrepidem Habitus. Hier war die linke Cornea unter denselben Erscheinungen erkrankt und in ca. 3 Wochen war der Process abgelaufen und zwar ganz unter derselben Behandlung. Hier umfasst das Geschwür etwa ⅓ des Hornhautumfangs und kam gleichfalls nicht zur Perforation. Die Krankheit scheint hauptsächlich bei älteren in der Ernährung herabgekommenen Individuen vorzukommen, was auch Michel (Lehrbuch der Augenheilkunde 1884, S. 266) angiebt. Als unmittelbare Ursache fungirt ein bestehender Catarrh oder eine Hyperaemie der Conjunctiva, der sogenannte Catarrhus siccus. Michel nennt diese Affection Ulcus annulare catarrhale, ich würde noch dem hinzufügen senile.

Aehnliches möchte ich über folgenden Fall eines Ulcus

corneae e phlyctaena berichten, ebenso über ein Infiltratum suppurativum corneae, neben bestehender stark secernirender Conjunctivitis, wobei sich in beiden Fällen Blei als eclatant wirksam erwies.

Betreffs des ersteren möchte ich vorausschicken, dass Vossius (Grundriss der Augenheilkunde 1888 S. 146) die Conjunctivitis phlyctaenulosa in 3 Arten eintheilt:

1) die solitäre Conjunctivalphlyctaene
2) die multiplen sandkornförmigen Randphlyctaenen und
3) die Pustula maligna.

Es interessirt mich hier die 3. Form, die Vossius wie folgt beschreibt. Unter gewöhnlich lebhaften Schmerzen, Thränen, Lichtscheu, starker Injection tritt eine Phlyctaene von grauer oder gelber Farbe im Limbus auf und ragt halb auf die Hornhaut halb auf die Sclera hinüber. Meist platzt dieselbe, nachdem sich ein grauer oder gelber Hof auf der Cornealseite gebildet hat und es entsteht ein kraterförmiges in die Tiefe greifendes Geschwür der Hornhaut, welches schnell bis auf die Membrana Descemeti vordringt und noch ehe ärztliche Hilfe kommt, perforirt. Im Moment der Perforation prolabirt die Iris und reizt wie ein Pressschwamm die Umgebung, welche sich intensiver trübt, erweicht und ectatisch wird. Der Prolaps verhindert die reguläre Heilung des Geschwürs. Sich selbst überlassen entsteht entweder ein adhaerentes Leucoma prominens oder ein Partialstaphylom. Günstiger ist es, wenn die Phlyctaene durch weitere Vorschiebung der Trübung und Gefässe in die Cornea der Ausgangspunkt einer büschelförmigen Keratitis wird. Wegen ihres destruirenden Einflusses auf die Cornea führt diese Form der Phlyctaenen den Namen Pustula maligna.» (Mir scheint, dass Phlyctaene maligna rationeller wäre). Ich erinnere mich aus meiner Praxis dreier Fälle bei Kindern im Alter von 4—10 Jahren, bei denen diese 3. Form der Phlyctaene genau unter diesen von Vossius treffend geschilderten Erscheinungen verlief. Die Therapie dieser Erkrankung belangend sagt Vossius in seinem obengenannten an ophthalmiatrischen Schätzen unübertroffenen Buch: «Schwieriger ist die Behandlung der 3. Form. Man hebe den Allgemeinzustand, verhüte die Perforation und beschleunige die Reparation. Die Kinder müssen im Bette liegen, bekommen Eserin in den Bindehautsack eingeträufelt, damit nicht der Pupillarrand bei der Perforation prolabirt und Druckverband abwechselnd mit warmen Umschlägen. Gelbe Salbe befördert oft die Regeneration. Oder man punctire die Vorderkammer bei Eseringebrauch mit einer Desmarres'schen Nadel resp. einer Lanze im Limbus resp. wenn die Perforation des Geschwüres nicht zu vermeiden ist an der dünnsten Stelle des Geschwürsgrundes und lasse das Kammerwasser nur langsam abfliessen. Die Punction werde nach Bedarf wiederholt. Einen Irisprolaps schneide man mit Pincette und Scheere oder Graefe'schem Linearmesser ab, wenn er sehr gross ist und durch Eserin sich nicht mehr reponiren lässt.» Ich habe zwei meiner Fälle genau so behandelt, und in keinem liess sich die Paracenthese umgehen.

Im dritten Falle bei einem sehr schwächlichen 10-jährigen Knaben, wo zugleich ebenso wie bei den beiden ersteren eine sogenannte lymphatische Conjunctivitis bestand, war das Geschwür der Cornea, welches an deren unterem Rande sass und sehr ausgedehnt war, der Perforation sehr nahe. Da versuchte ich, indem ich mit grösster Vorsicht die Lider ectropionirte, die Schleimhaut mit 3 pCt-iger neutralisirter Bleilösung zu touchiren, spülte mit kaltem Wasser nach und liess kühle Compressen machen. Sofort änderte sich das Bild: Die heftigen Schmerzen, gegen welche bis jetzt Alles erfolglos blieb, nahmen ab, Thränenfluss und Lichtscheu verringerten sich und unter täglicher Touchirung, neben Eserin, Jodoform und kühlen Compressen abwechselnd mit Druckverband, klärte sich die stark gelb-eitrig aussehende Trübung. Es bildeten sich Gefässe, welche eine ganz eigenthümliche Anordnung hatten, indem sie im Geschwürsgrunde die Form einer stehenden 8 (acht) bildeten, deren Kreise von senkrechtverlaufenden Gefässen ausgefüllt waren, was besonders schön bei seitlicher Beleuchtung zu sehen war, wie ich Aehnliches in keinem anderen Fall gesehen und auch nirgends beschrieben finde. Mit darauf folgender Anwendung von Pagenstecher'scher Salbe war das Geschwür in ca. 6 Wochen normal vernarbt und konnte ich in der Narbe absolut keine Bleipraecipitate entdecken, die jenes charakteristische Aussehen in oberflächlichen Hornhauterosionen haben. Zur Nachkur liess ich noch Zinklösung einträufeln.

Also auch in diesem Falle bewährte sich das Blei aufs Beste ohne die gefürchteten Nachtheile zu bringen. Ein Jahr später sah ich diesen Knaben wieder. Die Narbe, die eine weisse Farbe hatte, ist dunkler geworden. Sehschärfe fast normal. Der Knabe hat sich unter Eisengebrauch (ich gebe mit Vorliebe Ferr. pom. mit Malagawein) sehr erholt. Auch will ich erwähnen, dass eine ganz ähnliche Phlyctaene sich am andern Auge zu bilden begann, die jedoch bei sofortiger Anwendung von Blei in gleicher Weise rasch zur Rückbildung kam.

Endlich möchte ich hinzufügen, dass ich im vorigen Winter bei einem kräftigen jungen Manne ein grosses progressives Infiltratum suppurativum der Cornea neben bestehender starker, schleimig-eitriges Secret absondernder Conjunctivitis gleichfalls durch Anwendung von neutralisirter Bleilösung in oben angegebener Weise zur Heilung brachte. Der junge Mann litt zugleich an chronischer Blenorrhoea urethrae, die Conjunctivitis war also vielleicht gonorrhoischer Natur. Jedenfalls trotzte der Process der üblichen Medication und verschlimmerte sich durch warme Compressen, welche ihm ein College vorher angeordnet hatte, wie dieses bei eitrigen Hornhautinfiltraten üblich ist.

Referate.

K. Landsteiner: Ueber den Einfluss der Nahrung auf die Zusammensetzung der Blutasche. (Zeitschrift für physiologische Chemie, herausgegeben von Hoppe-Seyler). Verlag von K. J. Trübner, Strassburg 1892.

Nach der Angabe vieler Autoren, können die Salze des Blutes, je nach der Nahrung wechseln. An Stelle von Phosphaten können Carbonate treten, das mit der Nahrung aufgenommene Kali kann aus den Blutkörperchen das Natron verdrängen und an seine Stelle treten. Dem Plasma dagegen kann das Natron z. Th. wohl entzogen, aber durch das Kali nicht ersetzt werden. Andrerseits sind wiederum Analysen von Blutaschen veröffentlicht worden, wo die Resultate bei der gleichen Thierart, unabhängig vom Futter, gut übereinstimmten, dagegen bei verschiedenen Species ganz bedeutende Differenzen aufwiesen. Verf. hat nun 15 Kaninchen mit Kuhmilch und 15 mit Wiesenheu 3½ Monate gefüttert und bei der Analyse der Blutasche constatiren können, dass nicht die Zufuhr der mineralischen Stoffe über ihre Einverleibung in den Organismus entscheidet, sondern, dass der Thierkörper die ihm gewöhnlich reichlich dargebotenen Salze nach Bedarf in seinen Bestand aufnimmt oder ausscheidet, ebenso wie im Allgemeinen die übrigen ihm zugeführten Stoffe. Der Gehalt der Blutasche an den verschiedenen Salzen, wie auch das Verhältniss derselben zu einander, war bei beiden Versuchsreihen gleich.

T. Araki: Beiträge zur Kenntniss der Einwirkung von Phosphor und von arseniger Säure auf den thierischen Organismus. (Zeitschrift f. physiologische Chemie, herausgegeben von Hoppe-Seyler). Verlag von K. J. Trübner, Strassburg, 1892.

In seinen früheren Mittheilungen hat Verf. nachgewiesen, dass der Uebertritt von Eiweiss, Zucker und Milchsäure in den Harn, als eine Folge des Sauerstoffmangels erscheint, gleichgiltig, ob derselbe auf die eine oder auf die andere Weise herbeigeführt war. Da auch bei der Phosphorvergiftung Eiweiss und Milchsäure im Harn auftreten, untersucht Verf. die Einwirkung dieses Giftes nach dieser Seite hin. Die Zerstörung der Blutkörperchen bei Phosphorvergiftung hat man mit dem Erscheinen des Icterus, die Ausscheidung der Milchsäure mit der Lebererkrankung in Zusammenhang gebracht. Die Versuche, ob vielleicht der Phosphordampf die Veränderung der Blutbestandtheile herbeiführt, ergaben im Reagenzglase weder eine Einwirkung desselben auf die Blutkörperchen noch auf ihr Verhalten gegen den Sauerstoff. Die entstandene Hämoglobinverbindung des Phosphors wirkte auf Thiere nicht giftig. Wurden Kaninchen mit soviel Phosphor vergiftet, dass

der Tod nach wenigen Stunden erfolgte, so war das Hämoglobin garnicht verändert, während die Organe, wie Leber und Milz, bereits sehr stark erkrankt gefunden wurden. Im Harn waren alsbald Eiweiss und Milchsäure nachzuweisen. War die Quantität des Phosphors eine geringe (0,01 grm. pro Kaninchen) und erfolgte der Tod nach einigen Tagen, so waren die Blutkörperchen nicht unerheblich zerstört. Neben Eiweiss und Milchsäure fand sich zuweilen auch Zucker in kleinen Quantitäten im Harn. Gallenfarbstoff wurde bei Kaninchen nie gefunden, was einen wesentlichen Unterschied zwischen den Vergiftungssymptomen bei Menschen und Hunden einerseits und bei Kaninchen andererseits, darstellt. Hunde, die durch wiederholte Dosen von Phosphor (0,02—0,04 grm.) vergiftet wurden und nach 2—4 Wochen eingingen, zeigten bis zu ihrem Tode eine progressive Hämoglobinabnahme. Gallenfarbstoff war im Harn immer vorhanden. Eiweiss und Milchsäure waren dagegen nicht constant anzutreffen, fehlten oft tagelang und traten dann wiederum auf. Zucker fand sich nur bei einem Hund. Die Untersuchung, ob auch eine Vergiftung mit arseniger Säure Milchsäure im Harn liefert, ergab bei Kaninchen und Hunden positive Resultate. Hier wurde auch bei Kaninchen oft Gallenfarbstoff gefunden. Die Verhältnisse des Eiweisses und der Milchsäure waren ganz wie bei der Phosphorvergiftung. Auf Grund dieser Versuche kommt Verfasser zu den Ergebnissen, dass die Ausscheidung der Milchsäure im Harn bei Phosphorvergiftung nicht hervorgerufen wird durch Anämie, sondern durch die Abnahme der Herzthätigkeit, die wiederum eine verminderte Sauerstoffabgabe des Blutes an die Organe zur Folge hat. Der Icterus bei Phosphorvergiftung beim Hunde steht unzweifelhaft im Zusammenhang mit der Abnahme des Blutfarbstoffes. Wird der Sauerstoffmangel bei der Phosphorvergiftung durch Kohlenoxydeinwirkung erheblich gesteigert, so erfahren auch die Erscheinungen eine Steigerung und zwar tritt dann bei gutem Ernährungszustande auch Glycosurie ein.

T. Irisava: Ueber die Milchsäure im Blut und Harn. (Zeitschrift für physiologische Chemie, herausgegeben von Hoppe-Seyler). Verlag von K. J. Trübner, Strassburg 1892.

Die sich widersprechenden Angaben über das Vorhandensein der Milchsäure im Leichenblut veranlassten Verf. diese Frage näher zu untersuchen, wobei er von dem Gedanken ausging, dass der Gehalt an Milchsäure im Leichenblut ein verschiedener sein muss, je nachdem der Tod schnell, ohne vorbereitende Stadien, oder erst durch langsame Aufhebung der einen oder anderen Lebensbedingungen erfolge. Der Sauerstoffmangel beim Eintritt des Todes musste den Milchsäuregehalt beeinflussen. Der Versuch wurde mit dem Blut von kranken Menschen angefangen und nach ihrem Tode fortgesetzt, indem dasselbe den Leichen entzogen wurde. Im Leichenblut wurde in allen Fällen Milchsäure nachgewiesen. In Menschenharnen, welche sämmtlich kurz vor dem Eintritt des Todes, im Stadium der Agonie, gelassen waren, wurde nicht immer, aber doch oft genug Milchsäure nachgewiesen und zwar fehlte sie manchmal, wenn solche schon im Blut nachweisbar war und umgekehrt. Der Versuch, sie auch in den Blutkörperchen (es wurde bisher angenommen, dass ihr Sitz das Serum sei) nachzuweisen gelang ebenfalls. Ebenso im Eiter. Normales Hundeblut enthält stets Milchsäure. Bei künstlich erzeugter Anämie ist der Milchsäuregehalt des Blutes um so höher, je stärker der Sauerstoffmangel eintritt. Entgegen der früheren Annahme, dass die saure Reaction der Organe, nach eingetretener Leichenstarre, der Milchsäure allein zuzuschreiben sei, glaubt Verf., dass das saure phosphorsaure Kali daran ebenfalls betheiligt ist. Dieses Salz konnte er aus den Pancreas und Leber isoliren. Kresling.

Karl Menge: Ein Beitrag zur Cultur des Gonococcus. Krönig: Vorläufige Mittheilung über die Gonorrhoe im Wochenbett. (Centralbl. f. Gyn. 1893 Nr. 8).

Bekanntlich führt die Infection mit Trippercoccen sehr häufig zu folgeschweren Erkrankungen des weiblichen Genitaltractus. Die schon 1872 von Nöggerath ausgesprochene Behauptung, dass der Tripper der Frau eine viel schwerere Krankheit als beim Manne ist, findet in neuerer Zeit auf Grund bakteriologischer Forschungen eine volle Bestätigung. Die Lehre von der weiblichen Gonorrhoe ist mit dem Moment, wo es Wertheim gelang Reinculturen des Gonococcus Neisser auf einem Gemisch von menschlichem Blutserum und Agar zu züchten in eine neue Phase getreten. Vermuthungen, denen zufolge viele Entzündungsformen der weiblichen Geschlechtsorgane als gonorrhoischer Natur anzusehen sind, finden jetzt immer häufiger eine Bestätigung.

Bei der Schwierigkeit selbst in grösseren Gebäranstalten die nöthigen Mengen von tadellosem menschlichem Blutserum aus der durchschnittenen Nabelschnur oder dem retroplacentaren Blute zu beschaffen ist es als wesentlicher Fortschritt zu bezeichnen, wenn uns Menge lehrt, dass ein Gemisch von Agar mit Kystomflüssigkeit oder mit einströmendem Dampfe sterilisirtem Hydrosalpinxinhalt ein vortreffliches Nährmedium für Tripperbakterien abgiebt. Keimfreie Kystomflüssigkeit ist durch Anstechen der Cyste mit glühendem Messer in grosser Menge in jeder Klinik zu gewinnen, man muss sich nur hüten Antiseptica mit dem ausfliessenden Inhalt in Contact zu bringen. Schon Spuren von Sublimat reichen hin entwickelungshemmend auf den überaus empfindlichen Gonococcus zu wirken.

Krönig gelang es bei 9 Wöchnerinnen Gonococcen in den Lochienculturen nachzuweisen. Von diesen blieb nur eine fieberfrei, die andern erkrankten, darunter zwei an einer Spätinfection. Auf Grund seiner Untersuchungen stellt Krönig folgende Sätze auf:

1. Bei gonorrhoisch erkrankten Frauen kann die Gonorrhoe post partum auf die Gebärmutterhöhle übergehen. Es findet eine sehr reiche Vermehrung der Gonococcen im Lochialsecret statt.
2. Die gonorrhoische Infection der Gebärmutterhöhle allein kann Fieber im Wochenbett bedingen.
3. Dafür, dass es eine durch Gonococcen und andere pyogene Keime bedingte Mischinfection giebt, hat K. keine Anhaltspunkte finden können.
4. Die gonorrhoische Infection im Wochenbett ist keine direct lebensgefährliche Erkrankung, doch führt sie relativ oft zu Spätwochenbetterkrankungen, die durch Uebergreifen des Processes vom Endometrium auf die Tuben und das Perimetrium zu den bekannten gonorrhoischen Adnexerkrankungen führen.

W. Beckmann.

Joseph Lister: Ueber antiseptische Wundbehandlung. (The Brit. Med. Journ. 1893 Nr. 1674—77).

Da Blutserum ein ungünstiger Nährboden für alle Keime ist, und der Organismus andrerseits im Stande ist geringe Mengen von Mikroben zu vernichten (Phagocytose) können sich Keime, die aus der Luft auf Wunden gerathen nicht entwickeln. Aus diesem Grunde kann vom Spray und der Irrigation von Wunden abgesehen werden. Infection ist zu befürchten von der unreinen Haut des Pat., den Händen des Operateurs, den Instrumenten und auch Schwämmen. Letztere empfiehlt L., da sie besser Wundsecret aufsaugen als Watte oder andere Verbandstoffe. Als Desinfectionsmittel wird 5 pCt. Carbolsäure empfohlen, die nach Listers Erfahrungen zuverlässiger ist als Sublimat. Zum Beweise werden Versuche mit Staphylococcus und Tuberkelbacillen angeführt. Die Schwämme werden zuerst gründlich mit Seife und Wasser, darnach mit Soda ausgewaschen darauf abgespült und in einer 5 pCt. Carbolsäurelösung verwahrt. Die Instrumente werden nach jeder Operation mit der Nagelbürste gewaschen. Es genügt sie im Beginn der Narkose des zu Operirenden in 5 pCt. Carbolsäure zu legen. Das Kochen der Instrumente wird als umständlich verworfen: leicht kommen die Instrumente auch nach dem Kochen mit Infectionsstoffen in Berührung. Für die Desinfection der Haut ist die Carbolsäure dem Sublimat vorzuziehen, da es leicht die Epidermis durchdringt. Bei der Desinfection mit Sublimat muss stets Terpentin oder Aether zu Hilfe genommen werden. L. geht soweit zu behaupten, dass man Seife und Wasser entbehren kann beim Gebrauch der Carbolsäure. Die Seide wird gekocht. Jodoform wirkt auf Wunden als gutes Antisepticum. Wo septische Einflüsse nicht sicher auszuschliessen sind (Mund, Rectum, putride Wundhöhlen), wird eine Lösung von Zinc. chlorat grxxxx : ℥i Wasser empfohlen. Die aseptische Wundbehandlung giebt nicht so gute Resultate wie die antiseptische. Sie erfordert einerseits einen complicirten Sterilisationsapparat, andrerseits bildet das sterilisirte Verbandmaterial keinen Schutz gegen das Eindringen von Infectionsstoffen von aussen in die Wunde. Als Verbandstoff wird Gaze empfohlen, die mit einer Lösung eines Doppelsalzes von Cyanquecksilber mit Cyanzink imprägnirt ist. Dieses Doppelsalz ist schwerlöslich (in Blutserum 1 : 2000—3000) und reizt die Wunden nicht — beides Vorzüge vor Sublimat. Vor der Carbolgaze hat die Cyanquecksilberzinkgaze den Vorzug, dass der antiseptische Stoff sich nicht verflüchtigt. Dieses von L. durch 4-jährige Anwendung erprobte Salz hat eine starke entwickelungshemmende, dagegen eine schwache bakterienvernichtende Wirkung. Aus diesem Grunde wird die Gaze, mit 5 pCt. Carbollösung angefeuchtet auf die Wunden applicirt. Gewöhnlich verwendet L. mit Rosanilin gefärbte Gaze. Die Farbe fällt gleichzeitig das Cyandoppelsalz im Gewebe der Gaze. Um reine Wunden vor der Nachbarschaft septischer Infectionsquellen zu schützen (Anus) verwendet L. das Doppelsalz, das mit 5 pCt. Carbolsäure zu einer creamartigen Masse angerührt wird. — Das Princip den ersten Verband nicht bald zu wechseln lässt L. nicht gelten. Er wechselt ihn meist nach 24 Stunden, da derselbe die grösste Quantität Wundsecret enthält. Die meisten Pat. fühlen nach diesem Verbandwechsel Erleichterung. Natürlich giebt es Ausnahmen, wo die Wunden möglichst in Ruhe gelassen werden müssen.

W. Beckmann.

C. Holman: Ein Fall von Myxoedem behandelt mit Thyreoideafütterung. (The Brit. Med. Journ. 1893. Nr. 1673).

Pat. litt schon 7 Jahre an Myxoedem. Starke Schwellung des Gesichts, der Extremitäten und des Rumpfes. Neigung zu Hämorrhagien, Albuminurie, der Urin enthielt rothe und weisse Blutkörperchen. Am Anfang der Behandlung wurde jeden zweiten Tag die ganze Thyreoidea eines vor 2—3 Stunden geschlachteten Schafes zerkleinert mit etwas Wasser und Brandy gegeben. Der Erfolg zeigte sich bald. Die Schwellungen liessen nach, die Quantität des Eiweisses im Urin nahm ab, ebenso die Zahl der weissen Blutkörperchen. Die rothen Blutkörperchen verschwanden ganz aus dem Urin. Bemerkenswerth war das Auftreten von grossen Quantitäten Schleim im Urin. Als störende Nebenerscheinung trat heftiges Herzklopfen auf, weswegen bald mit der Dosis herabgegangen werden musste. Pat. bekam nur noch einen halben Thyreoidealappen alle 2 Tage, bei dieser Behandlung schritt die Besserung schnell fort. Der Taillenumfang nahm um 5 Zoll ab, alle Erscheinungen des Myxoedems schwanden gänzlich. Pat. nimmt jetzt nur noch alle 12—14 Tage einen halben Thyreoidealappen ein.
W. Beckmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

H. Löhlein. Gynäkologische Tagesfragen. Wiesbaden, Verlag von Bergmann 1893.

Verf. bespricht an der Hand eigener Erfahrungen mit Berücksichtigung der Anschauungen anderer Autoren in sehr lesenswerther Weise das Uteruscarcinom, die Ventrofixation und die Frage der Prophylaxis der Wochenbetterkrankungen. Das Corpuscarcinom ist nicht so selten wie früher angenommen wurde (nicht 3, 4 pCt., sondern 8 pCt. aller Uteruscarcinome). Charakteristisch sind die in bestimmten Intervallen wiederkehrenden Schmerzanfälle, als Ausdruck von Uteruscontractionen bei erschwertem Abfluss von Secret, Blutgerinnseln oder Geschwulstpartikeln, ferner Blutungen. Die diagnostische Abrasio wird vom Verf. betont; lässt auch die mikroskopische Untersuchung Zweifel übrig, so ist die Abrasio zu wiederholen. Die vorsichtig ausgeführte selbst wiederholt gemachte Excochleatio wird vom Verfasser als Palliativmittel gerühmt. Die Totalexstirpation giebt vorzügliche Resultate in Bezug auf die bleibende Heilung. Dieselbe kann bei nicht malignen Erkrankungen des Uterus in seltenen Fällen nicht zu umgehen sein. Das häufiger vorkommende Portiocarcinom theilt Verf. analog Ruge und Veit in ein vaginales und intracervicales (nach R. und V. Portio- und Cervixcarcinom). Eine frühzeitige Diagnosenstellung wäre nur dann möglich, wenn den Hebammen die Wichtigkeit postclimacterischer Blutungen, derentwegen sich die Frauen an sie um Rath zu wenden pflegen, gegenwärtig wäre. Zur Ausspritzung bei inoperablen Carcinomen zieht L. dem Carbol das Creolin vor. Ferner wendet er die trockene Pulverbehandlung an. Es werden hühnereigrosse Säckchen aus Jodoformmarly mit Holzwolle oder mit Kohle und Jodoform zu gleichen Theilen, oder bei Blutungen mit Tannin gefüllt in die Scheide gelegt. — Der Ventrofixation gegenüber betont Verf. die guten Resultate der Pessarbehandlung (18 pCt. definitive Heilungen). Die Operation wurde von ihm meist bei Laparotomien, die anderer Ursachen wegen gemacht wurden, ausgeführt. Operationsverfahren nach Czerny mit Annähen des Fundes. — Die puerperale Prophylaxe gegründet auf antiseptisches resp. aseptisches Leiten der Geburten hat eine allmähliche aber stetige Verringerung der puerperalen Mortalität bewirkt. Inbezug auf die Frage der Selbstinfection wie auch der Zulässigkeit vaginaler Desinfection vertritt Verf. einen eklektischen Standpunkt. Vaginale Desinfection wird nur in ganz bestimmten Fällen ausgeführt und zwar 1) bei eitrigem Fluor oder Gonorrhoe 2) wenn schon vorher innere Untersuchung von anderer Seite stattgehabt hatte 3) bei Fieber 4) bei der Möglichkeit des Importes von Scheidenkeimen in das Cav. uteri (partus arte praematurus). In der Hauspraxis hat die Zahl der Todesfälle etwa um ein Drittel gegen die vorantiseptische Zeit abgenommen. Eine Warnung für alle Aerzte vor dem Operiren ohne genügende Indication scheint durchaus berechtigt. Die Hebung des Hebammenstandes (Vereine, Hebammenzeitung, Repetitionscurse) und möglichste Einschränkung der inneren Untersuchung durch Hebammen kommen als wesentliche Faktoren bei der Prophylaxe der Wochenbetterkrankungen in Betracht.
W. Beckmann.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— R. A. Lundie behandelte einen Fall von Myxoedem mit Injectionen von Schilddrüsenextract. Erst 6 Wochen nach Beginn der Cur trat eine schnelle Besserung ein. Als die im Anschluss an die Injectionen auftretenden Schmerzen und Abscesse es unmöglich machten die Einspritzungen fortzusetzen und Verschlimmerung der Krankheit eintrat, wurde das Extract per os gegeben. Pat. nahm vom Juli bis zum December 1892 zwei mal wöchentlich soviel vom Extract ein als einem Sechstel einer Schafthyreoidea entspricht. Pat. hat sich jetzt so weit gebessert, dass von irgend welchen Symptomen des Myxoedems nichts mehr nachgewiesen werden kann.
(Brit. med. Journ. 1893, pag. 64).

— Bulowsky. Ueber die schädlichen Bestandtheile der Kinder-Gummisachen. Diese Gummisachen sind unschädlich, wenn sie im Wasser schwimmen, wenn sie elastisch sind und wenn sie eine weiche Consistenz haben. Je grösser das specifische Gewicht der Gummiwaaren, desto bedeutender ist auch ihr Aschengehalt, d. h. ihr Gehalt an mineralischen Bestandtheilen. Schwarze Warzen- und Saughütchen sind unschädlich. Schwarze Puppen, wenn sie in der Masse so gefärbt sind, sind schädlich, da sie Bleioxyd enthalten. Man kann sie von den unschädlichen schwarzen Gummisachen dadurch unterscheiden, dass sie in Wasser untersinken. Rothe oder rothbraune Gummisachen, die in der Masse so gefärbt sind, sind unschädlich, da sie Fünffach-Schwefelantimon enthalten. Alle grauen Gummisachen sind relativ schädlich, weil sie Zinkoxyd enthalten. Es ist ferner zu berichten, dass unter den Farben, mit denen die Gummispielsachen oberflächlich gefärbt sind, sich auch schädliche befinden.
(Arch. f. Hygiene XV. H. 2. — Aerztl. Praktik. № 52.)

Hochgeehrter Herr Redacteur!

Ich ersuche Sie den folgenden Zeilen in Ihrer werthen Zeitschrift Platz zu geben.

Die von mir verfasste und in dem von Herrn F. F. Pawlenkoff herausgegebenen Sammelwerke (Жизнь замѣчательныхъ людей. Біографическая библіотека Ф. Павленкова) erschienene Skizze des Lebens und Wirkens Nicolai Pirogoff's gab mir den Anstoss zur Ausarbeitung einer ausführlichen speciellen Biographie des grössten Chirurgen Russlands. Ich erlaube mir deshalb mich an alle Diejenigen zu wenden, die in Folge persönlichen Verkehrs mit Pirogoff, mir irgend welche Mittheilung machen können, oder auch seine Briefe, Notizen und sonstiges Material mir zur freundlichen Verfügung stellen können. Ich hege die Hoffnung, dass diese Personen, das Andenken des grossen Mannes ehrend, geneigt sein werden mir ihre liebenswürdige Unterstützung nicht zu entziehen.

Alle zugesandten Schriftstücke werden, nach Abnahme von Copien, mit tiefempfundenem Danke zurückerstattet werden. Ich werde es, selbstredend, als eine für mich angenehme Pflicht ansehen, aller Derjenigen, die mich mit der Beschickung von Material beehrt haben, Erwähnung zu thun.

Julius Malis, Dr. med.
St. Petersburg, Bolschaja Moskowskaja 7
(Большая Московская 7).

Vermischtes.

— Ernannt: der ältere Arzt des St. Petersburger Nikolai-Waiseninstituts, wirkl. Staatsrath Heinrichsen und der jüngere Arzt des St. Petersburger Marienhospitals, Staatsrath Dr. Neumann — zu Consultanten für Kehlkopfkrankheiten bei den St. Petersburger Instituten des Ressorts der Anstalten der Kaiserin Maria, mit Belassung in ihren früheren Stellungen. Der Landschaftsarzt des Permschen Gouvernements Schmidt — zum Gehülfen des Saratowschen Gouvernements-Medicinalinspector.

— Prof. Dr. Rudolf Virchow sind während seiner Anwesenheit in England zahlreiche Auszeichnungen und Ehrenbezeugungen zu Theil geworden. Am 23. März n. St. wurde er von der Universität Oxford feierlich in öffentlicher Sitzung zum Doctor des Civilrechts honoris causa ernannt. Der Prinz von Wales hatte ihn zum Diner geladen, wo auch die Kaiserin Friedrich Theil nahm. Die Prinzessin Christian von Schleswig-Holstein empfing ihn im Buckinghampalast. In London hatte er Gelegenheit, seine alte Bekanntschaft mit Gladstone zu erneuern. Eine Einladung des Lordmayors zu einem Empfang im Mansionhouse hat Virchow wegen Zeitmangels ablehnen müssen.

— Auf dem V. Congresse russischer Aerzte wird eine besondere Section für die Cholera eingerichtet werden. Den Vorsitz in dieser Section wird der Oberarzt des Hospitals der hiesigen St. Georgs-Gemeinschaft barmherziger Schwestern Privatdocent Dr. W. N. Ssirotinin, führen.

— Das Kapital des V. Congresses russischer Aerzte betrug, wie der Kassirer Dr. Woronichin dem «Wratsch» mittheilt, am 1. Januar d. J. 242 R. 56 Kop. in baarem Gelde und 5100 Rbl. in Werthpapieren.

— Von der Russischen syphilidologischen und dermatologi-

schen Gesellschaft sind eine Reihe von Bestimmungen bezüglich der Bewahrung des ärztlichen Geheimnisses bei syphilitischen und venerischen Krankheiten ausgearbeitet worden. Diese Bestimmungen, welche nicht nur für die Aerzte, sondern auch für die Pharmaceuten und das ganze niedere medicinische Personal (Feldscher, Feldscherinnen, Hebammen, barmherzige Schwestern u. s. w.) obligatorisch sein sollen, werden dem bevorstehenden V. Congress russischer Aerzte zur Begutachtung vorgelegt werden.

— Das Executiv-Comité für das dem berühmten Geburtshelfer Semmelweis in seiner Geburtsstadt Budapest zu errichtende Denkmal bittet uns, unsere Leser zur Betheiligung an der internationalen Sammlung für das Denkmal anzuregen. Beiträge sind bis zum Ende dieses Jahres an den Schatzmeister Dr. Elischer, Ungarn, Budapest, IV. Petöfitér 1 zu senden. In dem Verzeichniss der Mitglieder des internationalen Comités, welches das Zustandekommen des Denkmals fördern will, finden wir folgende in Russland lebende Herren genannt: Balandin (Petersburg), Küstner (Dorpat), Neugebauer (Warschau), Phänomenoff (Kasan), Rein (Kiew), Slawjansky (Petersburg).

— Verstorben: 1) Am 15. März in St. Petersburg der Oberarzt des Ssemenow'schen Leib-Garde-Regiments, Staatsrath Dr. Gustav Katzmann, im 50. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Reval und hatte seine medicinische Ausbildung an der St. Petersburger medico-chirurgischen Academie erhalten. 2) Am 3. März der Landschaftsarzt des Kolomnaschen Kreises (Gouv. Moskau) Nikolai Beljajew im Alter von 34 Jahren am Flecktyphus. Der Verstorbene erfreute sich allgemeiner Beliebtheit und Achtung in seinem Bezirke. 3) Am 27. Februar im Flecken Tywrow (Podolien) der freiprakticirende Arzt W. Subowitsch im 34. Lebensjahre am Flecktyphus. Trotz seiner recht ausgebreiteten Praxis hat der Verstorbene nicht einmal die Mittel zu seiner Beerdigung hinterlassen, welche daher durch eine Collecte beschafft werden mussten. 4) Am 19. December 1892 in Berlin der Ordinator der psychiatrischen Abtheilung des Mohilewschen Gouvernements-Landschaftshospitals A. Perssidski, im 30. Lebensjahre an Sarcom des Gehirns. Er hatte sich wegen dieses Leidens einer Operation in der Klinik des Prof. Bergmann unterzogen. 5) Am 4. März der Ostaschkowsche Landschaftsarzt S. Tepljaschin im 41. Lebensjahre. 6) In Graudenz im Alter von 67 Jahren der Geheime Sanitätsrath Dr. David Wiener, der vielfach auf dem Gebiet der gerichtlichen Medicin und der Medicinalpolizei schriftstellerisch hervorgetreten ist. Von ihm wurde unter Anderem eine Sammlung gerichtlich-medicinischer Obergutachten» im J. 1890 herausgegeben.

— Wie wir der «Russkaja Medicina» entnehmen, nimmt der Director des Medicinaldepartements Dr. Ragosin als Delegirter von Russland an der gegenwärtig in Dresden tagenden internationalen Choleraconferenz Theil.

— Am 26. März feierte der bekannte Syphilidologe, Prof. Dr. Georg Lewin in Berlin sein 25-jähriges Jubiläum als Professor an der Berliner medicinischen Facultät. Anfangs beschäftigte er sich mit Laryngologie und war einer der ersten, der die Laryngoskopie in Berlin einführte. Seit 1865 ist L. dirigirender Arzt der Abtheilung für syphilitische Krankheiten an der Charité.

— Am 26. März beging der bekannte Kliniker Dr. Carl E. Hasse, vormaliger Professor der Pathologie in Leipzig, Zürich, Heidelberg und Göttingen, sein 60-jähriges Doctorjubiläum. Der Jubilar hat zu diesem Feste für den engeren Kreis seiner Freunde seine Lebenserinnerungen erscheinen lassen.

— Die Wiener medicinische Facultät hat für den durch den Tod Prof. Kahler's erledigten Lehrstuhl der zweiten medicinischen Klinik einstimmig Prof. Erb (Heidelberg) in Vorschlag gebracht. Von dem Wahlcomité waren dem Plenum neben Erb auch die Professoren Lichtheim Naunyn u. v. Jacksch vorgeschlagen worden.

— Dr. Brügelmann, welcher im Winter in Düsseldorf prakticirt, wird im Sommer wieder die Direction des Inselbades Paderborn übernehmen.

— Der Rechtsschutzverein Berliner Aerzte zählte am 1. Januar d. J. 511 Mitglieder. Demselben waren während des Jahres 1892 — 12,232 ärztliche Honorarforderungen im Betrage von 182,161 Mark zur Eincassirung übergeben; davon sind eingegangen 6882 Forderungen mit 92.225 Mk., erlassen wurden oder als uneinziehbar erwiesen sich 1622 Rechnungen mit 49,681 Mk. und in geschäftlicher Behandlung verblieben 3788 Rechnungen mit 22,850 Mk. Der Gewinn des Vereins betrug über 2,185 Mk., das Vereinsvermögen beläuft sich auf nahezu 20,000 Mark.

— In Warschau wird von Dr. W. Krajewski ein neues medicinisches Journal unter dem Titel «Przeglad chirurgiczny» in polnischer Sprache herausgegeben, welches der Chirurgie, Gynäkologie, Laryngologie, Ophthalmologie und Otiatrie gewidmet ist.

— Im Jahre 1892 wurden in Russland 49 medicinische Zeitschriften herausgegeben, davon 33 in St. Petersburg. Mit dem Beginn des laufenden Jahres ist die Zahl der medicinischen Zeitschriften in Russland auf 54 gestiegen, von denen 35 in St. Petersburg, 3 in Moskau, 7 in Warschau (1 in russischer, 6 in polnischer Sprache), 2 in Charkow und je 1 in Dorpat, Brjansk, Woronesh, Kasan, Kiew; Lipezk und Tschernigow erscheinen.

Wie die medicinische Literatur in Russland sich entwickelt hat, zeigt nachstehende Tabelle:

Die Zahl der einzelnen medicinischen Werke und Brochüren betrug

im J.	1877 —	34	№№	im J.	1885 —	90	№№
»	1878 —	33	»	»	1886 —	119	»
»	1879 —	47	»	»	1887 —	81	»
»	1880 —	46	»	»	1888 —	146	»
»	1881 —	46	»	»	1889 —	198	»
»	1882 —	54	»	»	1890 —	254	»
»	1883 —	44	»	»	1891 —	324	»
»	1884 —	81	»	»	1892 —	814	» *)

Im J. 1877 erschienen in St. Petersburg nur 8 medicinische Zeitschriften. (Russ. Mediz.).

— Gleichzeitig mit dem XI internationalen Congress wird in Rom eine internationale medicinische und hygienische Ausstellung vom 15. September bis 15. October stattfinden. Präsident derselben ist Prof. Pagliani in Rom; als Ausstellungsraum ist das grosse Kunstgebäude in der Via nazionale bestimmt. Anfragen und Anmeldungen sind an Prof. Pagliani, Ministerium des Innern in Rom, zu richten.

— Vor einigen Tagen fand hier ein Congress der Landschafts-Aerzte des Petersburger Gouvernements statt, welcher die Berathung der im Falle des Wiederauftretens der Cholera zu ergreifenden Maassregeln zum Zweck hatte.

— Nach dem Bericht des Stadtphysikus von Budapest ist auf Grund seiner eingehenden Erhebungen die Feststellung, resp. Weiterverbreitung der Cholera in Pest zweifellos auf den Genuss von unfiltrirtem Donauwasser zurückzuführen. Die Pester Wahrnehmungen werden sowohl durch die neueren Beobachtungen in Hamburg und Altona, als auch durch die Erfahrungen Wiens bestätigt, wo seit Eröffnung der Hochquellenleitung die Cholera nicht mehr hat festen Fuss fassen können.

— Nach «Uebersicht über die Choleraepidemie im Gouvernement Tomsk im Jahre 1892» welche das Mitglied der örtlichen Medicinalverwaltung in der Gesellschaft der Aerzte und Naturforscher zu Tomsk mitgetheilt hat, sind im Gouvernement Tomsk vom 11. Juli bis 15. December im Ganzen 16,678 Personen an der Cholera erkrankt und von diesen 9190 gestorben. Am stärksten herrschte die Seuche in der Stadt Tomsk (1527 Erkrankungen und 965 Todesfälle).

— Nach dem neuesten vom Medicinaldepartement veröffentlichten Cholerabulletin erkrankten in Podolien vom 16. Febr. bis 1. März 289 Personen und starben 84, in der Stadt Orel erkrankten vom 28. Februar bis 7. März 25 Personen und starben 5; Im Gouvernement Tambow vom 7. bis 28. Febr. 15, resp. 9 Personen: im Gouv. Ssaratow vom 15. Febr. bis 1. März 15 resp. 7 Pers.; im Gouv. Ufa vom 10. Febr. bis 1. März 10 resp. 7 Pers.; im Gouvernement Charkow vom 2. bis 5. März 2 resp. 2 Pers.; im Gouvernement Ssamara erkrankte 1 Person und im Gouvernement Jekaterinoslaw war eine Choleraverdächtige Erkrankung vorgekommen. Aus Kiew, Nishni-Nowgorod, Jaroslaw, wo nach dem früheren Bulletin Neuerkrankungen an der Cholera vorgekommen waren, fehlen in dem neuesten Bulletin jegliche Mittheilungen.

Vacanzen.

1) Im Kreise Noworshew (Gouv. Pskow), ist die Stelle eines Landschaftsarztes zu besetzen. Gehalt 1200 R. Adresse «Новоржевская Земская Управа».

2) Von dem Landschaftsamte in Nowousen werden mehrere Aerzte gesucht. Gehalt 1000 R. jährlich. Meldung telegraphisch bei der «Новоузенская Земская Управа».

3) Im Kreise Ostaschkow (Gouv. Twer) ist die Stelle eines Landschaftsarztes erledigt. Geh. 1250 R. jährlich. Adresse «Осташковская Земская Управа».

4) Das Wladimirsche Gouvernements-Landschaftsamt sucht für die Zeit vom 1. Mai—1. Novemb. vier Aerzte als Leiter von 4 Sanitätsabtheilungen, welche im Falle des Wiederauftretens der Cholera in verschiedene Bezirke des Gouvernements gesandt werden sollen. Gehalt 150 R. monatlich.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 13. April 1893.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 5. April 1893.

*) Diese auffallende Zunahme ist wohl zum Theil durch die Unmasse der im vorigen Jahre erschienenen kleinen Cholerabrochüren zu erklären. (D. Red.).

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **CARL RICKER** in St. Petersburg, Newsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

KURORT SALZBRUNN

in Schlesien.

Verschiedene Zeitungsberichte über den Brand der Elisenhalle lassen den irrthümlichen Schluss zu, als sei durch dieses Ereigniss der Brunnenversand und der Betrieb der Kureinrichtungen auf längere Zeit gestört. Wir beehren uns deshalb, alle Interessenten ergebenst darauf aufmerksam zu machen, dass die Füllung und Versendung des

„OBERBRUNNENS"

keine Unterbrechung erleidet, und dass durch rechtzeitige Wiederherstellung einer Wandelbahn den Kurgästen nach wie vor die Möglichkeit gesichert wird, während der Saison bei ungünstigem Wetter in einem geschützten Raume zu promeniren.

Schloss Waldenburg, den 27. März 1893.

(26) 1—1. Fürstlich Plessische Central-Verwaltung. **Dr. Ritter.**

BAKTERIOLOGISCHES LABORATORIUM

für kleinere und mittlere (22) 3—3.

Krankenhäuser

von einem praktischen Bakteriologen zusammengestellt. Complet und einzeln zu beziehen

Bakteriologisches Laboratorium

für die Bedürfnisse des praktischen Arztes von einem praktischen Bakteriologen zusammengestellt.

Alle Apparate und Geräthe sind nach den neuesten Vorschriften und Konstruktionen auf das Sorgfältigste ausgeführt.

Prospecte mit Preisangaben franco und gratis.

J. Klönne & G. Müller, Berlin NW., Luisenstr. 49.

СЛАВЯНСКІЯ МИНЕРАЛЬНЫЯ ВОДЫ,

признанныя имѣющими общественное значеніе. (27) 1—1.

Харьковской губерніи, на линіи Курско-Харьково-Азовской ж. д. станція «Славянскъ» Сообщеніе на извощикахъ (фаэтоны и линейки) по таксѣ. Сезонъ съ 15 мая по 25 августа. Климатъ умѣренный-жаркій, сухой и здоровый. Какъ въ прошломъ такъ и въ настоящемъ году въ городѣ и курортѣ ни одного случая заболѣванія холерой не было.

Лѣчебныя средства: вода минеральныхъ озеръ, маточный щелокъ, источникъ городской буровой скважины и грязь. Водолѣчебное зданіе совершенно обновлено. Ванны — фарфоровыя, кафельныя, мраморныя, деревянныя и другія. Для консультаціи приглашены проф. Харьковскаго Университета директора клиникъ: хирургической В. Ф. Грубе, госпитальной терапевтической А. Х. Кузнецовъ и акушерской и женскихъ болѣзней Н. Ф. Толочиновъ и прив. доц. дѣтскихъ болѣзней Л. І. Бергъ. Свободныя квартиры вблизи минер. водъ всегда имѣются. Устроено нѣсколько новыхъ дачъ съ комфортабельно обставленными, удобными квартирами. Продовольствіе не дорого. Оркестръ духовой музыки (35 чел.) Лебединскаго резервнаго батальона для ежедневной игры въ паркѣ и струнный оркестръ для танцовальныхъ вечеровъ и акомпонимента. Подробныя свѣдѣнія о водахъ высылаются желающимъ безплатно Славянской Городской Управой

Neuigkeiten aus dem Verlage von Ferdinand Enke in Stuttgart.

Soeben erschien:

Grundriss der Augenheilkunde.

Ein Compendium für Studirende und Aerzte.

Von **Dr. C. Gutmann.**

Mit 93 Figuren im Text und einem Durchschnitt des Auges. 8. geh. M. 6. —

Soeben erschien:

Lehrbuch

der

Elektrodiagnostik und Elektrotherapie

für Studirende und Aerzte

von **Prof. Dr. L. Hirt.**

Mit 87 Abbildungen. gr. 8. geh. M 7. —

Soeben erschien:

Lehrbuch der Intoxikationen.

Von **Prof. Dr. R. Kobert.**

Mit 63 Abbildungen im Text. gr. 8. geh. M. 16. —

Soeben erschien:

Lehrbuch der Kriegschirurgie

von Stabsarzt und Docent **Dr. Karl Seydel.**

Mit 175 Abbildungen. gr. 8. geh. M. 8. —

Soeben erschien:

Lehrbuch der Ohrenheilkunde

für praktische Aerzte und Studirende.

Von **Prof. Dr. A. Politzer.**

Dritte, gänzlich umgearbeitete Auflage.

Mit 331 Abbildungen. gr. 8. geh. M. 15. —

Prof. Politzer's Lehrbuch der Ohrenheilkunde, unentbehrlich für jeden Specialisten, erfreut sich auch in den Kreisen der praktischen Aerzte grosser Beliebtheit. Wissenschaftlicher Gehalt und concise Fassung, klare Darstellungsweise und praktische Richtung zeichnen das Werk aus. Nur wissenschaftlich Feststehendes und praktisch Erprobtes ist aufgenommen, alles rein Hypothetische und Werthlose weggelassen.

Soeben erschien:

Psychopathia sexualis.

Mit besonderer Berücksichtigung der

conträren Sexualempfindung.

Eine klinisch-forensische Studie von **Prof. Dr. R. v. Krafft-Ebing.**

Achte Auflage. gr. 8. geh. M. 10. —

Soeben erschien:

Untersuchungen

über die

Histogenese und Histomechanik

des Gefässsystems.

Von **Prof. Dr. R. Thoma.**

Mit 41 Abbildungen. gr. 8. geh. M. 4. — (28) 1—1.

Дозв. ценз. Спб. 25 Марта 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 14 St. Petersburg, 3. (15.) April **1893**

Ueber gynäkologische Elektrotherapie.

Nach einem Vortrag, gehalten im ärztlichen Verein zu Riga.

Von

Dr. med. H. Pander.

Riga.

Es ist das Verdienst des Franzosen Apostoli die gynäkologische Elektrotherapie zu einer wissenschaftlich exacten Methode ausgearbeitet zu haben. Schon vor ihm war dieselbe in rein empirischer Weise angewandt worden, aber erst Apostoli hat sie zu einer Vollendung gebracht, wie sie von allen therapeutischen resp. chirurgischen Eingriffen, die eine wissenschaftliche Berechtigung beanspruchen, verlangt wird. Hierdurch sowohl, wie durch die zahlreichen damit erzielten günstigen Erfolge ist dieses Verfahren, welches auch nach seinem Begründer das «Apostoli'sche Verfahren» genannt wird, zu einem Heilmittel geworden, welches wohl nie mehr aus dem Arzneischatz der Gynäkologie schwinden wird.

Wie es aber mit jeder neuen Methode geht, so wurde auch hier gelegentlich theils das Gebiet der Indicationen weit überschritten, theils wurde sie von nicht sachkundigen Händen ausgeübt. Natürlich blieben dabei die zu erwartenden Misserfolge nicht aus. Dieselben sind aber, wie gesagt, nicht der Methode, sondern grösstentheils den dieselbe Ausübenden zur Last zu legen. Apostoli[1]) hat seit 1882 bei 912 Kranken diese Elektrotherapie angewandt und dabei nur 3 Patienten verloren. Thomas Keith[2]), dessen reiche Myomotomiestatistik nur eine Mortalität von 5, 3 pCt. aufweist, äussert sich unter Anderem folgendermaassen: «Heute denke ich so über diesen Gegenstand, dass ich mich eines Verbrechens für schuldig hielte, wenn ich einer Patientin den Rath ertheilen würde, ihr Leben einer Gefahr, einer solch grossen Gefahr auszusetzen, bevor nicht ein gründlicher Versuch mit der elektrischen Behandlung unternommen worden wäre.» — Spencer Wells[2]) sagt: diese Methode ist, obwohl verbesserungsfähig, doch gut zu nennen, denn wenn auch die Frauen nicht radical von ihrer Geschwulst befreit wurden, so waren sie doch von den Symptomen geheilt. Nur Vorurtheil kann diese Thatsachen leugnen. Ehe man an die blutige Operation geht, muss stets erst die elektrische Behandlung versucht werden.

Die Erfahrungen an der Chrobak'schen Klinik in Wien, veröffentlicht von Mandl und Winter, sind günstige gewesen; in Berlin wurde die Methode von Orthmann, Nagel, Bröse, Schäffer mit Erfolg geübt.

Die Literatur über diesen Gegenstand ist bereits eine recht umfangreiche geworden. Die Zahl der hierauf bezüglichen Veröffentlichungen beträgt bereits gegen 500. Eine sorgfältige Zusammenstellung derselben bis Mitte 1891 findet sich in der Arbeit von Kleinwächter[3]). Auf letztere sowie auf die von Temesvary[4]) verweise ich ferner Jeden, der sich mit den Einzelheiten des Verfahrens bekannt machen will.

In folgenden Zeilen beabsichtige ich blos das Gebiet der Indicationen und Contraindicationen zu berühren, und im Anschlusse daran über einige von mir behandelte Fälle zu referiren.

Die Indicationen für die Anwendung der gynäkologischen Elektrotherapie ergeben sich aus der hierbei in Frage kommenden Wirkungsweise des elektrischen Stromes. Dieselbe ist verschieden je nachdem der positive oder negative Pol als der active gewählt wird.

Nach den hierauf bezüglichen experimentellen und klinischen Beobachtungen konnte Folgendes festgestellt werden.

Am positiven Pol bilden sich durch Elektrolyse Säuren und Sauerstoff. Je nach der Stärke des Stromes schwankt die Wirkung zwischen der leicht adstringirenden bis zur tief verschorfenden. Der hierbei erzeugte Schorf ist von trockner Beschaffenheit, haftet fest auf

[1]) Centralbl. f. Gynaek. 1892. Nr.4.
[2]) Temesvary, klin. Zeit- und Streitfr. IV B. Heft 7 u. 8.
[3]) Wiener Klinik 1891. Heft 10 u. 11.
[4]) l. c.

seiner Unterlage, das Gewebe in der Umgebung ist von fester Consistenz, anämisch, die arteriellen Blutgefässe befinden sich in starker Contraction. Saure Reaction lässt sich bis auf eine gewisse Strecke in's Gewebe hinein nachweisen. Es handelt sich also um die combinirte Wirkung des constanten Stromes als starken Contractionserregers für alle betroffenen musculösen Elemente, besonders die Gefässmusculatur, und der energischen Wirkung der in statu nascendi befindlichen Säuren. Durch diese Factoren wirkt der positive Pol auf blutende Flächen applicirt blutstillend, hämostatisch.

Am negativen Pol findet das Umgekehrte statt: Entwicklung von Basen und Wasserstoff, der Schorf ist weich, leicht ablösbar, das darunter liegende Gewebe ist aufgelockert, blutreich und zur Blutung neigend; die Reaction des Gewebes ist alkalisch. Der negative Pol bewirkt somit Hyperämie und Auflockerung des Gewebes.

Diese beiden Eigenschaften der polaren Wirkung sind die wichtigsten, sie kommen bei der therapeutischen Verwendung immer in erster Linie in Betracht, und sollen den betreffenden Indicationen genügen: der positive Pol wirkt hämostatisch und wird gegen Blutungen angewandt; der negative Pol bewirkt Hyperämie und wird angewandt, wo man Auflockerung des Gewebes, resp. Blutung oder deren Verstärkung wünscht.

Am positiven Pol kommt aber ausser der hämostatischen noch die antiseptische Wirkung in Betracht, welche gleichfalls der Säureentwicklung zuzuschreiben ist, und bei einer Stromstärke von ca. 50 Milliampère beginnt[5]). Je stärker die Ströme und somit die Säureentwickelung, um so grösser ist natürlich auch der antiseptische Effect.

Zur eben beschriebenen localen, der sog. polaren Wirkung kommt nun noch die interpolare hinzu, welche wie bereits angedeutet in einer energischen Contraction der durchströmten Musculatur, in erster Linie der dem activen Pole zunächstliegenden, also hier der Uterusmusculatur besteht. Was die elektro-chemischen Zersetzungen und die kataphorische Wirkung des elektrischen Stromes im interpolaren Gebiet betrifft, so sind dieselben von geringerer Bedeutung, wenngleich sie bei der Myombehandlung gewiss auch eine Rolle spielen.

Wenn wir uns nun noch einmal vergegenwärtigen, was durch eine elektrische Sitzung mit intrauteriner Application des positiven Poles erreicht wird, so haben wir: 1) je nach der Stärke des Stromes, die wir jeden Augenblick genau bemessen können, eine nach Belieben starke oder schwache Aetzung des Endometriums; 2) die Aetzung kann genau auf das Endometrium localisirt werden, ein wesentlicher Vorzug vor den medicamentösen Pinselungen, bei welchen der Cervicalcanal und die Gegend des inneren Muttermundes, die so gefürchtete Infectionspforte, am meisten chemisch und mechanisch insultirt werden; 3) haben wir die antiseptische Wirkung und 4) eine gute Contraction der Uterusmusculatur, wie nach kräftigen Secalegaben. Diese Contraction hält einige Stunden, meist noch am nächsten Tage an.

Dass diese Factoren zusammengenommen bei endometritischen Processen, besonders bei Blutungen eine günstige Wirkung ausüben müssen, lässt sich nicht nur theoretisch deduciren, sondern hat sich auch in praxi in so ausgezeichneter Weise bewahrheitet, dass es gerade diese Gebrauchsweise ist, welcher das Apostoli'sche Verfahren seine grössten Erfolge verdankt.

Demnach gehören zu den Krankheiten, welche diese Behandlungsweise indiciren, in erster Linie diejenigen, welche Veränderungen am Endometrium aufweisen, und besonders wieder diejenigen, welche sich durch Blutungen auszeichnen. Hierher sind die verschiedenen Formen chronischer Endometritis zu rechnen, sowohl die Endometritis hypertrophica, wie die E. hyperplastica resp. fungosa. Letztere ist sogar in Fällen, wo mehrmalige Abrasio nicht zum Ziele führte, mit dem constanten Strom erfolgreich behandelt worden. Ein dankbares Behandlungsobject ist auch die Metritis chronica, am meisten aber sind es die Myome. In Betreff der Myome muss nun aber hervorgehoben werden, dass eine Heilung im anatomischen Sinne nicht erwartet werden darf; die Myome können durch die elektrische Behandlung nicht zum Schwinden gebracht werden; sie können wohl in ihrem Wachsthum gehemmt, eventuell verkleinert werden, aber radical entfernt werden — nicht.

Die elektrische Behandlung richtet sich hauptsächlich gegen die Symptome, als da sind: Blutungen, Schmerzen, Drucksymptome; alle diese können mitunter soweit beseitigt werden, dass die Trägerinnen der Myome keine Beschwerden mehr haben; und so kann man im klinischen Sinne gewiss von symptomatischer Heilung sprechen.

Am besten eignen sich für diese Behandlung die interstitiellen Myome, genau so wie für die Ergotinbehandlung, nur dass es sich herausgestellt hat, dass die elektrische Behandlung viel energischer. weil überhaupt anders als Ergotin wirkt, und auch in solchen Fällen noch helfen kann, wo letzteres versagt. Wo also dieses der Fall ist, da ist die Elektricität am Platze, da ist man nach dem heutigen Stande der Wissenschaft nicht nur berechtigt, sondern sogar verpflichtet, in geeigneten Fällen die Elektrotherapie vorzuschlagen, bevor man an die operative Behandlung geht; denn die Operation ist immer mit viel grösseren Gefahren und Opfern verbunden, als das Apostoli'sche Verfahren. Am meisten eignen sich hierzu, wiegesagt, die rein interstitiellen, intramuralen Myome, am wenigsten resp. garnicht die extramuralen d. h. die gestielten und zwar sowohl die subserösen, wie die submucösen. Zwischen diesen beiden Extremen, den rein intra- und extramuralen, finden sich natürlich alle möglichen Variationen in Betreff des Sitzes der Tumoren. Häufig finden sich Myome, welche nur zum Theil intramural sind und mit einem Theil der Peripherie aus der Uteruswand hervorragen, entweder submucös oder subserös sind. — Diejenigen, welche zum Theil subserös sind, werden in dem Maasse von der elektrischen Behandlung beeinflusst werden, als sie ihre zuführenden Gefässe aus dem Uterus erhalten, als ihre Ernährung von derjenigen des Uterus abhängig ist. Je breiter also die Verbindung mit dem letzteren, um so wirksamer die Elektrotherapie, je schmäler, um so weniger. Bei dünngestielten hört schliesslich die Wirkung auf.

Dasselbe gilt auch von den Myomen, welche sich gegen das Uteruscavum hin entwickeln; nur sind hier die Verhältnisse viel complicirter dadurch, dass das Endometrium, durch welches ja das Hauptsymptom: die Blutungen vermittelt werden, bei diesen Tumoren viel mehr in Mitleidenschaft gezogen ist. Und zwar kann dieses in sehr verschiedener Weise und verschiedenem Maasse geschehen. Es kommt da an auf die Grösse des Tumors überhaupt, ferner auf die Grösse des submucösen Abschnittes desselben, sowohl absolut genommen, als relativ im Verhältniss zum intramuralen Theil des Tumors, auf die Dicke der Kapsel, eventuelles Vorhandensein mehrerer Tumoren mit gleichem oder verschiedenem Sitz, die allmäligen Uebergänge von der ganz interstitiellen bis zur gestielten submucösen Form, — alles dieses kann sich in der mannigfaltigsten Weise abwechseln oder miteinander combiniren. — Dazu kommt noch die Schwierigkeit, mitunter sogar Unmöglichkeit, sich im gegebenen Fall sofort ein richtiges Bild von den intra uterum vorliegenden Verhältnissen zu machen. Aus diesen Umständen erklärt sich auch die Verschiedenheit in den Resul-

[5]) Apostoli u. Laguerriere, CBl. f. klin. Med. 1891. Nr. 4 u. Prochownik und Spaeth, D. med. Wochenschr. 1890 Nr. 26.

taten, welche von verschiedenen Autoren bei der elektrischen Behandlung solcher Myome erzielt worden sind. Die Einen haben sehr gute Erfahrungen gemacht und loben sie, Andere verwerfen sie, weil sie Verschlimmerung, sogar Verjauchung des Tumors dabei erlebt haben.

Wem es darauf ankommt, niemals ohne Erfolg die Elektricität angewandt zu haben, für den ist es ein unerlässliches Erforderniss, über den Intrauterinbefund ganz genau instruirt zu sein; und dieses ist nur durch eine Austastung der Uterushöhle mit dem Finger zu erreichen. Falls der Cervicalcanal, wie gewöhnlich, nicht weit genug dazu ist, so muss er, wie es auch Chrobak[6]) kürzlich zu diagnostischen Zwecken empfohlen hat, dilatirt werden; am zweckmässigsten geschieht dieses durch Jodoformgazetamponade oder Laminariastäbe. So wünschenswerth eine solche exacte Diagnosenstellung vor Beginn der elektrischen Behandlung ist, unentbehrlich ist sie nicht. In der Regel wird sie nicht ausgeführt. Wenn keine Symptome vorhanden sind, welche direct auf einen gestielten submucösen Tumor hinweisen, in welchem Falle allerdings, wie oben gesagt, die Elektrotherapie nicht indicirt ist, so kann man die elektrische Behandlung anwenden. Erst wenn bei den ersten 3 oder 4 genügend starken Sitzungen keine Besserung oder sogar eine Verstärkung der Blutung eintritt, dann wird eine digitale Uterusexploration nothwendig, um über die Quelle der Blutung genauen Aufschluss zu erhalten und entscheiden zu können, ob weiter elektrisirt oder operirt werden soll. Dass in Berücksichtigung solcher Eventualitäten die ersten Sitzungen besonders vorsichtig und unter den strengsten antiseptischen Cautelen vorzunehmen sind, ist selbstverständlich.

Es wird gewiss immer derartige Fälle geben, wo nur noch die Operation helfen kann, aber ebenso ist auch schon vielfach constatirt worden, dass die Elektrotherapie zur Myombehandlung vollkommen genügte und manche Myomotomie überflüssig gemacht hat. Die Elektrotherapie und die Myomotomie concurriren nicht in der Weise, dass die eine Behandlungsmethode die andere ganz zu verdrängen sucht, sondern je nach der Art der Erkrankung ist die eine der anderen überlegen: in einzelnen Fällen muss radical vorgegangen d. h. operirt werden, in anderen ist die conservative Behandlung die rationellere.

In derselben Weise, wie bei den Myomen, und vielleicht noch erfolgreicher concurrirt aber die Elektrotherapie mit der operativen Behandlung bei der Endometritis und Metritis, und zwar kommt hier hauptsächlich die Abrasio in Betracht. Die Vorzüge der elektrischen Behandlung vor der Abrasio lassen sich etwa folgendermaassen zusammenfassen: 1) erweist sie sich selbst bei hartnäckigen Formen der Endometritis, wie der fungösen, als wirksam und übertrifft mitunter sogar die mehrmals wiederholte Abrasio an Wirksamkeit. Wie viel mehr muss sie nicht bei den leichteren Endometritisformen angebracht sein. 2) ist ihre Ausübung einfacher und weniger gefährlich: beim Elektrisiren braucht man keine Narkose, die Schmerzempfindung ist also nicht aufgehoben und kann uns als Leiter für die Intensität des jeweiligen Eingriffes dienen; ein stärkeres Insultiren der Adnexe, wie es bei den empfindungslosen narkotisirten Patientinnen oft vorkommt, wird dadurch vermieden; die Schmerzen bei den elektrischen Sitzungen sind so gering, dass selbst empfindliche Patientinnen sie ohne Weiteres ertragen; ein Blutverlust findet nicht statt; die Gefahr der Infection ist geringer, weil keine grosse Wundfläche, sondern ein localisirter antiseptischer Schorf gesetzt wird; die Behandlung wird ambulant ausgeführt, die Patientinnen können, von dem 1—2 stündigen Ruhen nach den Sitzungen abgesehen, ihrer gewohnten Beschäftigung nachgehen. Dass keine Assistenz nöthig ist, kann auch mitunter von Werth sein. Alles dieses zusammengenommen ermöglicht ferner, dass die Sitzungen ohne besondere Schwierigkeiten beliebig oft wiederholt werden können, was man von der Abrasio nicht gerade sagen kann. — Die Abrasio dürfte dann in denjenigen Fällen den Vorzug verdienen, wo ein einmaliger Eingriff auch auf die Gefahr von Recidiven hin einer längeren Behandlung vorgezogen werden muss, wie bei Virgines, sehr nervösen Personen, unter besonderen äusseren Verhältnissen und dergl.; ferner wird sie für die leichteren Formen der Endometritis gewiss ein ausreichendes Mittel bleiben. Nur bei Operationsscheuen wird in letztgenannten Fällen die Elektricität vorzuziehen sein. — Somit wird die Abrasio ebensowenig wie die Myomotomie durch die elektrische Behandlung ganz verdrängt werden; es kam mir nur darauf an, hervorzuheben, dass letztere bei endometritischen Affectionen denselben, eventuell einen noch besseren curativen Effect, als die Abrasio, resp. die wiederholte Abrasio, erzielen kann.

Als ein besonders wirksames Verfahren hat sich mir die Combination der Elektrotherapie mit der Abrasio erwiesen und zwar in Fällen von hartnäckigen endometritischen Blutungen, wo ein schnelles und sicheres Sistiren derselben besonders wünschenswerth war, wo aber zugleich chronische Adnexenaffectionen vorlagen, welche die sofortige Anwendung sehr starker Ströme nicht gerathen erscheinen liessen. Die Wirkung war in den 4 Fällen, wo ich dasselbe anwandte, eine sehr prompte, und liegt nicht nur hierin der Vortheil dieses Verfahrens, sondern auch darin, dass unter solchen Verhältnissen die Abrasio auch ambulant ausgeführt werden darf, was sonst, ohne gleich darauf folgendes Elektrisiren wohl nicht gestattet sein dürfte. In meinen 4 Fällen war der weitere Verlauf nach dem genannten Eingriff ein denkbar günstiger. 3 von diesen Patientinnen gaben ganz unaufgefordert an, dass sie sich in den ersten Tagen nach der Operation wohler und leichter als je während ihrer Krankheit gefühlt hätten. Ich hatte ihnen blos den Rath gegeben, am Tage des Eingriffs zu Hause liegen zu bleiben, am nächsten Tage konnten sie wieder mit den Arbeiten beginnen. — Ich habe in diesen Fällen die Abrasio unmittelbar vor einer elektrischen Sitzung gemacht, nachdem ich vorher die Patientinnen auf ihre Reaction gegen den elektrischen Strom geprüft hatte. Bei solchen Gelegenheiten konnte ich auch constatiren, wie prompt die Blutstillung durch den positiven Pol bewirkt wird. Sobald der Apparat in Thätigkeit gesetzt wurde, bei einer Stromstärke von ca. 15—30 MA. stand die Blutung momentan. Ich habe dieses auch noch wiederholt bestätigen können, wenn durch die Sondirungen oder Uterusspülungen Blutungen veranlasst waren. Die Stromstärken, welche ich nach der Abrasio anwandte, betrugen 60, 60, 65 u. 90 MA.

Wie weit dieses Verfahren berechtigt ist oder nicht, müssen weitere Beobachtungen lehren.

So viel über die Therapie der Myome und Endometritis. Zu den Krankheiten, welche sich ferner zur Elektrotherapie eignen, gehört die Subinvolutio uteri, welche nach den Principien der Metritis behandelt wird; ferner die Hyperinvolutio, für welche die blutzuleitende und stimulirende Wirkung verwerthet wird. Letzteres gilt auch für die Amenorrhoe, welche ein einigermaassen dankbares Behandlungsobject darbietet, so lange Molimina menstrualia bestehen und die anatomischen Verhältnisse die Möglichkeit einer Menstruation nicht ausschliessen. Bei Bildungsfehlern wird natürlich die Elektricität ebensowenig helfen, wie alle anderen Mittel. Sonst aber gehört sie zu den wirksamsten Maassnahmen, die bei Amenorrhoe angewandt werden können.

Bei Stenosen des Cervicalcanals ist der ne-

[6]) Sammlung kl. Vorträge N. F. Nr. 43.

gative Pol mit der Platin- oder Aluminiumsonde mit Erfolg angewandt worden, selbst in Fällen, wo wiederholte Dilatationskuren mit gewöhnlichen Sonden nicht zum Ziele führten. Wahrscheinlich beruht die günstige Wirkung darauf, dass durch den negativen Pol das starre Cervixgewebe aufgelockert, nachgiebiger wird und die dabei stattfindenden Sondirungen einen besseren Effect erzielen.

Auf diese Weise kann auch die dabei vorhandene Dysmenorrhoe heilsam beeinflusst werden. Auch bei anderen Formen von Dysmenorrhoe wird der negative Pol als wirksam gerühmt; wie weit das möglich, wird wohl von der Art der zu Grunde liegenden Affection abhängen. — Bei chronischer Para- und Perimetritis soll die Resorption von Exsudaten und Lockerung von narbigen Massen durch den galvanischen Strom begünstigt werden. Ich glaube jedoch ebenso wie Temesvary, dass in solchen Fällen die Thure-Brandt'sche Methode mehr leisten wird.

Von nervösen Erkrankungen an den weiblichen Genitalien sind der Pruritus vulvae und Vaginismus mit dem constanten Strom und die Ovarialgie mit dem secundären Inductionsstrom erfolgreich behandelt worden.

Hiermit habe ich die Aufzählung der Indicationen beendet; als Contraindicationen gelten folgende:

Selbstverständlich Schwangerschaft, welche überhaupt jede intrauterine Therapie ausschliesst. Acut fieberhafte und solche chronische Erkrankungen der Beckenorgane, welche zu fieberhaften Exacerbationen neigen. Jede Flüssigkeitsansammlung, besonders jeder eitrige Process im Becken. Bei Myomen cystische oder anderweitige maligne Degeneration. Acute Nephritis. Darmkatarrh mit Neigung zu Durchfall. Alterationen des Nervensystems, wie Hysterie oder eine besondere Idiosynkrasie gegen den elektrischen Strom.

In Betreff der Casuistik stehen mir folgende Fälle zur Verfügung.

I. Frau H., 42 a. n., Wäscherin: hat 4 Mal geboren, vor 9 Jahren letzte Gravidität mit Abort im IV. Monat. Seit circa 8 Jahren einen Tumor über der Symphyse bemerkt (Fundus des vergrösserten Corpus uteri, welches c. 3 Cm. über der Symphyse zu fühlen ist). Seit 7 Jahren protrahirte und reichliche Menses, von 8—14 Tagen, in den letzten 3 Jahren dauerten die Blutungen gewöhnlich 2—6 Wochen. Seit 1 Jahr sind sie fast permanent, nur selten Unterbrechungen von 3—5 höchstens 8 Tagen. Nur eine Pause bestand vor 4 Monaten, als sie während einigen Wochen in der Diaconissenanstalt absolut ruhige Bettlage einhielt. Von einer Operation wurde damals wegen leicht fieberhafter complicirender Parametritis Abstand genommen, nur einige Jodpinselungen mit Playfair'scher Sonde wurden später gemacht. Als sie die Anstalt verliess, begannen die Blutungen wieder; Secale und Hydrastis waren von ganz vorübergehender Wirkung. Patientin wurde immer elender. Seit 3 Wochen bestanden Oedeme an den unteren Extremitäten.

Stat. praes.: ziemlich starke Oedeme der unteren Extremitäten bis zur Mitte der Oberschenkel hinauf. Am Herzen laute systolische Geräusche an allen Ostien. Im Harn Spuren von Albumin. Uterus vergrössert, an der hinteren Wand eine tumorartige Auftreibung. Portio hypertrophisch.

Diagnose: Myoma interstitiale. Metritis corporis et colli. Parametritis chron. atrophicans. Cavum uteri 10—11 Cm., wovon c. 4,5 Cm. auf den Cervicalcanal kommen. Pat. wurde in den ersten Monaten etwa alle 3—5 Tage elektrisirt, positiver Pol mit der Kohlensonde intrauterin, mit einer Stromstärke von 80—150 MA. Seit der ersten elektrischen Sitzung hören die Blutungen auf und die Frau beginnt sich allmälig zu erholen. Nach 1 Monat war im Harn kein Albumin nachzuweisen und die Oedeme traten nur Abends und in geringerem Maasse auf als früher. Herzgeräusche viel schwächer, nachher schwanden sie allmälig ganz. Seit Beginn der elektrischen Behandlung ist Pat. nicht mehr bettlägerig. Am 34. Tage nach Beginn dieser Behandlung erste Menstruation von 4 Tagen und ungefähr normaler Stärke. Nach weiteren 2 Mon. die nächste Periode von 9 Tagen mit mässig starker Blutung. Sie hatte vorher 1 Woche lang versucht in der Waschanstalt zu arbeiten, musste dort den ganzen Tag stehen und plätten; dabei schwollen auch die Beine wieder stärker. Die weiteren Perioden traten etwa alle 25 Tage auf, dauerten 3—4 Tage und waren von normaler Stärke. Sie ist jetzt — 18 Monate nach Beginn der Behandlung und 11 Monate nach Schluss derselben — eine ganz gesund aussehende Frau, die ihre Arbeit als Wäscherin wieder aufgenommen hat. Im Ganzen ist sie 37 Mal elektrisirt worden.

In diesem Falle habe ich ausschliesslich die Elektrotherapie angewandt und glaube nicht zu viel zu sagen, wenn ich behaupte 1) lebensrettend gewirkt und 2) mehr geleistet zu haben, als selbst jeder noch so radicale Eingriff hätte thun können. Die Totalexstirpation wäre in diesem Fall wegen der kurzen straffen Parametrien sehr schwierig und nur mit ziemlich starkem Blutverlust möglich gewesen. Patientin war aber damals so ausgeblutet, dass jeder Löffel Blut für sie von grösster Bedeutung war. Eine länger dauernde Operation mit Narkose und Blutverlust hätte sie bestimmt nicht überstanden.

In den nun folgenden 4 Fällen von Endometritis, Metritis etc., habe ich aus obengenannten Gründen die elektrische Behandlung mit der Abrasio combinirt. Ich sehe in dieser Combination nicht eine Schmälerung des Apostoli'schen Verfahrens in seinem Werth und Anwendungsgebiet, sondern im Gegentheil eine Erweiterung und meine, dass auf diese Weise die Abrasio für gewisse Erkrankungen die Berechtigung einer ambulant ausführbaren Operation erhalten dürfte, was ohne diese Combination bisher doch nicht der Fall gewesen ist. Für viele Kranke, die sich nicht stationär, sondern nur ambulant behandeln lassen können, ist dieses von grossem Werth, und ist auch den Fällen 2 u 3 meiner Casuistik zu Gute gekommen; denn sonst hätten diese Frauen auf die Abrasio wohl ganz verzichten müssen, oder es hätte viel längere Zeit gedauert, bis ein so deutlicher Erfolg eingetreten wäre. Letzteres ist ja auch sehr wohl erklärlich, wenn man bedenkt, dass bei den ersten elektrischen Sitzungen gewöhnlich noch schwache Ströme angewandt werden, dass dieselben nur oberflächlich wirken, und es daher längere Zeit dauert, bis ein hochgradig verändertes Endometrium bei vergrösserter Uterushöhle allmälig auf diese Weise zerstört wird. Wird dagegen zuerst der grössere Theil des erkrankten Endometriums mit der Curette entfernt und gelangt dann die Elektrode gleich auf die tieferen Partien zur Wirkung und hat dadurch weniger Zerstörungsarbeit zu leisten, so ist es klar, dass der Effect ein viel grösserer sein muss, dass man dann schliesslich auch garnicht mal so sehr starke Ströme wird anwenden müssen. Auf Grund dieser Erwägungen meine ich auch, dass durch die Combination dieser beiden therapeutischen Maassnahmen, der Abrasio und der Elektrotherapie, bessere Resultate zu erzielen sein müssen, als durch jede derselben für sich allein.

Fall 4 und 5 scheinen mir dafür zu sprechen.

Auch zur Nachbehandlung scheint mir die Elektrotherapie ein viel rationelleres Verfahren, als die bisher meist geübte Application von medicamentösen Flüssigkeiten, vermittelst Pinselungen oder Injectionen. Beide letzterwähnten Manipulationen sind gefährlicher und weniger wirksam als die kunstgerechte Anwendung der Elektricität unter gleichen Verhältnissen.

II. Frau J. 43 a. n., hat 12 Mal geboren, 2 Mal abortirt. Seit der letzten Geburt vor 2 Jahren protrahirte Menses von einwöchentlicher Dauer und mit starker Blutung, sodass die Frau immer mehr von Kräften kommt und nicht mehr arbeitsfähig ist. Uterus verlängert und etwas verdickt. Cavum uteri 10 Cm.; normale Lage, freie Beweglichkeit. Adnexe frei.

Diagnose: Endometritis, Metritis corporis et colli. Bei den ersten 4 Sitzungen noch ziemlich schwache Ströme: 30, 50, 60 und 50 MA. Die erste nun folgende Periode war noch ziemlich stark, dauerte 10 Tage. Da es mir darauf ankam, der Frau recht bald zur Arbeitsfähigkeit zu verhelfen, so machte ich vor der nächsten Sitzung eine Abrasio. Die mikroskopische Untersuchung durch Herrn Dr. Schabert ergab: Endometritis glandularis. Nachher noch 18 mal elektrisirt worden.

mit Stromstärken von 60—80 MA. Die beiden nächsten Perioden noch etwas verstärkt, von 5-, resp. 6 tägiger Dauer. Die weiteren 7 Perioden traten alle 28—29 Tage auf, sind 3—4 tägig und von normaler Stärke. Die Frau fühlt sich gegenwärtig — 5 Monate nach Schluss der elektrischen Behandlung — gesund und ist vollkommen arbeitsfähig.

III. Frau K. 39 a. n. hat 6 mal geboren, das letzte Mal vor 15 Monaten. Menses seit mehreren Jahren, besonders aber seit der letzten Geburt protrahirt, 5—9 tägig und stark; zunehmende Schwäche, sodass sie schliesslich bettlägerig und arbeitsunfähig wurde. Uterus vergrössert, besonders der Fundus auffallend breit und dick. Cavum uteri 10 Cm.

Diagnose: Endometritis, Metritis, Retroversio uteri mobilis, Salpingo-Oophoritis chron. Parametritis retrah. sin. Zuerst Behandlung mit Dehnung der verkürzten Parametrien, Pessaren, Tampons. Die ersten 3 Perioden noch 6 tägig, recht stark, Beschwerden kaum gebessert. Beginn der elektrischen Behandlung und um schon für die nächste Menstruation einen recht deutlichen Effect zu erzielen vor der 4. Sitzung die Abrasio. Nachher noch 8 Mal elektrisirt worden, also im Ganzen 12 Mal. Die nächsten 9 Perioden c. alle 27—28 Tage, 3—4 tägig, von etwa normaler Stärke. Während der Perioden nicht bettlägerig gewesen. Vollkommen arbeitsfähig, nur bei schwerer Arbeit leichte Beschwerden welche auf die linke Adnexenaffection zu beziehen sind. Während der elektrischen Behandlung wurde die para- und perimetritische Empfindlichkeit viel geringer, als sie es vorher gewesen war.

IV. Frau S. 42 a. n. hat 6 Mal geboren, dazwischen einige Aborte. Seit 8 Jahren starke Menstrualblutungen. Vor 6 Jahren Abrasio ohne Effect. Vor 3 Jahren 2. Abrasio im Anschluss an den letzten Abort. Seitdem Menses ungefähr alle 18 Tage, 5—6 tägig, so dass sie etwa 2 Mal monatlich Blutungen hat. In letzter Zeit Ring getragen und Hydrastis gebraucht. Trotzdem zunehmende Verschlimmerung. Meist bettlägerig, kann nur ganz kurze Strecken gehen. Ziemlich starke nervöse Beschwerden. Uterus vergrössert, besonders im Dickendurchmesser. Cavum uteri 7½ Cm.

Diagnose: Endometritis, Metritis, Retroflexio uteri mobilis, Parametritis retrahens sin., Salpingo-Oophoritis chron. dextr., Erosiones. — Zuerst mit Tampons und grösseren Ringen behandelt, 3 Menstrualblutungen abgewartet, welche noch so stark waren, dass jedes Mal Secale gegeben werden musste. Nach 3 elektrischen Sitzungen mit Strömen von 50,50 u. 45 MA. eine noch ziemlich starke Blutung von 6 tägiger Dauer. Weitere 3 Sitzungen und um der Frau, die sich in ziemlich elendem Zustande befand, recht schnell aufzuhelfen, unmittelbar vor der letzten Sitzung eine Abrasio. Die mikroskopische Untersuchung durch Herrn Dr. Schabert ergab: Endometritis hypertrophica glandul. et interstitialis. Nachher noch 5 Mal elektrisirt worden, also im Ganzen 11 Mal, mit Stromstärken von 40—60 MA Die nächsten 5 Perioden traten je 27 bis 30 Tage nach der vohergehenden auf; die erste ist ganz spärlich, dauert 2 Tage, die drei folgenden 4 tägig etwas verstärkt, die letzte 3 tägig, normal. Mittlerweile hat sich die Frau wesentlich erholt, und ist viel leistungsfähiger geworden.

V. Frau L. 45 a. n. hat 12 Mal geboren, 2 Mal abortirt. Seit der letzten Geburt vor 6 Jahren Menorrhagien, 5 tägige starke Blutungen; seit ca. 3 Jahren sind die Menses 12—13 tägig mit 8—10, höchstens 14 tägigem Intervall. Vor 1 Jahr Abrasio, seitdem Menses von 8-tägiger Dauer, aber immer noch so profus, dass Patientin immer mehr von Kräften kommt und dringend Abhilfe wünscht. Uterus vergrössert, Fundus besonders breit und ungleichmässig verdickt. Cavum uteri 10—10½ Cm. lang.

Diagnose: Endometritis fungosa, Metritis, wahrscheinlich interstitielle Myome. Nach den ersten 4 Sitzungen zu 50—75 MA. 1 Menstruation von 10 Tagen noch ziemlich stark; nach weiteren 4 Sitzungen eine 9 tägige Blutung. Vor der 10. Sitzung Abrasio. Die nächsten 3 Sitzungen in ziemlich grossen Zwischenräumen, die nun sich folgenden 3 Perioden von 4½, 5 und 5 Tagen, kaum stärker als normal.

Zum Schluss möchte ich noch über einen Fall von Amenorrhoe referiren.

VI. Frau M., 33 a. n., hat 4 Mal geboren, seit der letzten Geburt vor 3¼ Jahren Amenorrhoe. Vorher waren die Menses normal. Letztes Kind ist 14 Monate lang gestillt worden, obgleich die Frau angeblich wenig Milch hatte. Kleiner schlaffer, retrovertirter Uterus. Cavum uteri 6½—7 Cm. lang. Adnexe normal. Ovarien descendirt Grosse Schlaffheit aller Bandapparate des Uterus. Es handelt sich offenbar um einen hyperinvolvirten Uterus. Pat. fühlt sich so unwohl und schwach, dass sie nicht im Stande ist zu arbeiten. Epigastrische Beschwerden. Die Behandlung bestand in Elektrisiren, 2 Mal wöchentlich, mit dem negativen Pol intrauterin, später wurde bipolar intrauterin faradisirt; daneben Pessar und anfangs 1 Monat hindurch Aloe (3 mal täglich 0,05).

An den beiden ersten Menstruationsterminen keine Blutung, am dritten nach leichter Sondirung Blutung von ca. 2 Esslöffel. am vierten Termin nur Molimina, am fünften geringe Blutung nach einer elektrischen Sitzung, am sechsten keine Blutung, an den nächsten 4 Terminen spontane Blutungen von 1—1½ tägiger Dauer. Der Uterus hat sich mittlerweile gut entwickelt und fühlt sich wie ein normaler an. Die Beschwerden der Frau schwanden grösstentheils schon im ersten Monat der Behandlung bis auf die Molimina; Patientin wurde wieder arbeitsfähig und fühlt sich jetzt ganz wohl.

Referate.

F. Vermehren: Ueber die Behandlung des Myxoedems. (Deutsche Med. Wochenschr. Nr. 11).

Verfasser berichtet über 2 mit Thyreoidea behandelte Fälle von Myxoedem. Der erste Fall wurde von Prof. Howitz in Kopenhagen behandelt. Es handelte sich um eine 42 Jahr alte Pat., die schon 7 Jahre an der Krankheit litt. Es wurden täglich 4 Drüsenlappen der Gland. Thyreoid. von Mastkälbern gegeben etwa einen Monat hindurch, später bekam Pat. jeden zweiten Tag 2 Lappen. Eine Veränderung im Aeusseren der Pat. konnte schon 3 Tage nach Beginn der Behandlung constatirt werden. Während der Behandlung entstanden stenocardische Anfälle mit geschwindem und kleinem Pulse, die einige Male einen gefahrdrohenden Grad annahmen, weswegen die Fütterung zeitweilig ausgesetzt wurde. Pat. genas vollständig, hatte später wiederholte Male leichtere Recidive, die alle nach Genuss von einigen wenigen Drüsen schwanden. Im Beginn der Cur trat jedesmal Urticaria auf. — Im zweiten Fall handelte es sich um infantiles Myxoedem mit sporadischem Cretinismus bei einem 29 Jahre alten Mädchen. Pat. wurde mit der wirksamen Substanz der Thyroidea vom Verfasser Thyreoidin genannt behandelt. Dasselbe wird in folgender Weise dargestellt. Die Drüsen von Mastkälbern werden vorsichtig von Fett und Bindegewebe gereinigt, fein gehackt und zu einer breiartigen Masse zerstossen. Dazu wird die doppelte Gewichtsmenge von reinem Glycerin hinzugesetzt. Nach 24 stündigem Stehen an kühlem Orte wird die Masse filtrirt. Das Filtrat, eine leicht trübe, röthliche Flüssigkeit enthält nur wenig celluläre Elemente und kleine lichtbrechende Körper, die den in den Drüsenzellen vorkommenden gleichen. Durch Zusatz von absolutem Alkohol wird ein grau gelber Bodensatz gefällt, der mit Alkohol ausgewaschen und bei schwacher Wärme getrocknet wird. Das graubraune Pulver wurde in Pillenform in Dosen von 0,1—0,3 gegeben. Im Ganzen bekam Pat. 4,25. Es wurde eine bedeutende Besserung erzielt. Auch hier kamen Anfälle von Stenocardie vor. Die Priorität der Verabfolgung von Thyreoidea per os nimmt Verf. englischen Autoren gegenüber für Prof. Howitz in Anspruch.

W. Beckmann.

S. Laache: Ueber Myxoedem und dessen Behandlung mit innerlich dargereichter Glandula thyreoidea. (Deutsche Med. Wochschr. 1893. Nr. 11).

Die Substitutionstherapie, welche bestrebt ist dasjenige Organ einer Thierspecies, welches defect oder functionsunfähig geworden ist dem kranken Organismus in irgend einer Weise wieder einzuverleiben, ist von Brown-Séquard in die Medicin eingeführt. Sowohl sein Hodenextract, als auch die Nerventransfusion von Babes, das Herzmuskelextract von Onimus bei Herzschwäche, das Extract der Suprarenalkapseln gegen Morbus Addisonii (Abelous, Langlois), das Nierenextract gegen Urämie von Dieulafoy, sowie das Pankreasextract gegen Diabetes (Camby, Mackenzie) haben sich noch nicht bewährt. Dagegen hat dasselbe Princip beim Myxoedem als Implantation der Schilddrüse (Horsley, Bircher) oder als subcutane Einspritzung (Murray) angewandt schon reichlich viel Erfolge aufzuweisen. Die Mittheilung über geheilte Fälle erfolgt namentlich von England her Schlag auf Schlag. Auch Verf. konnte einen typischen Fall von Myxoedem «geheilt» entlassen. Die Thyreoidea des Schafes wurde zuerst als Glycerinextract (5:100 pro die) gegeben, später als Decoct (aus 3,0 pro die), zuletzt frisch in Substanz, klein geschnitten mit etwas Pfeffer und Salz. Gegen Ende der Cur wurde statt Schafsthyreoidea die Drüse vom Kalbe genommen. Eine Controlle der Fleischer, die häufig Lymphdrüsen mit der Schilddrüse verwechseln ist unerlässlich. Beim Pat. des Verf. konnte eine Schilddrüse durchgefühlt werden. Als unangenehme Nebenerscheinungen der Cur traten am Anfang Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Schwindel und Albuminurie auf. Ebenso trat Pulsbeschleunigung und ein juckender papulöser Ausschlag auf. Die Albuminurie dauerte eine Woche, die Mattigkeit und das Schwindelgefühl hielten dagegen 5 Wochen an, während welcher Pat. 14 Kg. an Körpergewicht

verlor. Darnach besserte sich das Befinden. Pat. nahm an Gewicht um 1 Kg. zu und fühlte sich zu Ende der Cur völlig gesund.

R. Wichmann: Weitere Mittheilung über Myxoedem. (Deutsche med. Wochenschr. 1893, Nr. 11).

Aus dem weiteren Verlaufe des vom Verfasser behandelten und in Nr. 10 dieser Wochenschr. referirten Falles geht hervor, dass Pat. nach weiteren Einspritzungen völlig geheilt wurde. Als statt der Injectionen von Schilddrüsenextract solche von Aq. destill. (als vermeintliches Extract) gemacht wurden trat ein Recidiv ein. — Ein zweiter Fall wurde vom Verf. gleichfalls mit Murray'schen Injectionen behandelt und ein vorzüglicher Erfolg erzielt.

W. Beckmann.

W. H. Gaskell und L. E. Shore: Bericht über die physiologische Wirkung des Chloroforms mit einer Kritik der zweiten Hyderabad Chloroformcommission. (The Brit. Med. Journ. 1893 Nr. 1673—75).

Die bisher angestellten Untersuchungen haben noch nicht aufgeklärt, warum grosse Dosen Chloroform ein Sinken des Blutdruckes hervorrufen. Während Lawrie und die Hyderabad Commission behaupten, das Chloroform wirke auf das Centralnervensystem lähmend, ohne direct auf die peripheren Organe zu wirken, verfocht schon 1858 Snow die Meinung, dass das Chloroform aufs Herz direct lähmend einwirke. Dieselbe Meinung vertrat die Glasgow-Commission wie auch Wood und Mc. William. Verfasser versuchten die Frage, ob das Sinken des Blutdrucks durch Chloroformwirkung auf eine Lähmung des vasomotorischen Centrums oder des Herzens zu beziehen ist experimentell zu beantworten. Verf. experimentirten in der Weise, dass sie Chloroform entweder in der Richtung zum Herzen (vena jugularis) oder zum Hirn (art. carotis resp. vertebralis) injicirten oder direct auf den freigelegten IV Ventrikel einwirken liessen. Als Versuchsthiere wurden Kaninchen und Hunde benutzt. Injectionen von Chloroform in die Jugularvene bewirkten stets ein Sinken des Blutdruckes, ohne dass die Respiration verändert worden wäre, nach wiederholten Injectionen von kleinen Mengen Chloroform sinkt der Blutdruck immer mehr, der Puls wird kaum nachweisbar, während die Respiration erst spät schwächer wird um erst dann ganz zu sistiren, wenn die Herzaction ganz schwach, kaum sichtbar geworden ist. Injectionen in die Hirnarterien bewirken stets ein Ansteigen des Blutdruckes; die Respiration hört auf wenn der Blutdruck noch hoch ist. Injectionen von Chloroform in die Carotis oder Vertebralis töten das Thier stets durch Stillstand der Athmung. Erst nach dem Stillstand der Athmung sinkt der Blutdruck und zwar bei Injectionen in die Carotis ganz plötzlich fast gleichzeitig mit dem Athmungsstillstand, bei Injectionen in die Vertebralis dagegen langsamer. Es folgt der Reizung des vasomotorischen Centrums die Lähmung. Analog ist die directe Wirkung des Chloroforms auf den IV. Ventrikel: dem Reizstadium folgt ein Lähmungsstadium. Dieselbe Wirkung wie auf das vasomotorische haben Injectionen in die Hirnarterien oder directe Aufträufelung auf den IV. Ventrikel auch auf das Respirationscentrum: der Reizung folgt die Lähmung.

Um die Wirkung des inhalirten Chloroforms gesondert an den Hirncentren und am Herzen studiren zu können, kreuzten Verf. bei je 2 Versuchsthieren die Circulation in der Weise, dass die Hirnarterien eines Thieres vom Blute des zweiten gespeist werden, so dass Hirn und Herz dieses Thieres Blut von verschiedenen Circulationssystemen erhielten. Das Resultat dieser schwierigen Versuche war ganz entsprechend den Injectionsversuchen. Inhalirtes Chloroform wirkt aufs Hirn blutdrucksteigernd durch Einwirken aufs vasomotorische Centrum, kommt es dagegen in die Circulation mit Ausschluss des Gehirns so ruft es stets ein Sinken des Blutdruckes hervor. Verf. schliessen aus ihren Experimenten, dass, wenn bei der Application von Chloroform ein Sinken des Blutdruckes eintritt, dieses stets durch Lähmung des Herzens und Gefässsystems zu erklären ist. Die Gefahren des Chloroformirens sind zweierlei: 1) Abfall des Blutdruckes in Folge von Herzschwäche combinirt mit Lähmung der Respiration bei zu grossen Gaben von Chloroform d. h. wenn die Athmungsluft einen zu grossen Procentgehalt an Chloroform enthält 2) Respirationsstillstand in Folge zu lang dauernder Chloroformapplication, selbst wenn die ganze Zeit genügend viel Luft zugeführt wird.

W. Beckmann.

Lescure: Ueber Behandlung der diphtheritischen Angina mit Chromsäure. (Du traitement de l'angine diphthéritique par l'acide chromique). (La France médicale. Nr. 2. 1893).

Verf. gründet seine Mittheilung auf die Behandlung von 54 Krankheitsfällen, unter denen kein Todesfall vorgekommen ist. Von den 54 Fällen haben 5 den Character der bösartigsten Form dargestellt: streptococcus pyogen., dicke Pseudo-Membranen, Schwellung der Drüsen, Oedem des Halses, foetider Athem, hohes Fieber, Albumin im Harn, Somnolenz, sehr ausgesprochener asthenischer Allgemeinzustand. — Die Kranken hatten ein Alter von 27 Monaten, 3 Jahren (2), 4 und 7 Jahren. Die Krankheitsdauer war 9—15 Tage. In allen 5 Fällen war Paralyse des weichen Gaumens vorhanden, in 3 Fällen Paralyse der Unter-Extremitäten, wobei sowohl die Sensibilität als Motilität betroffen war; bei einem der Kinder hat die Paralyse beinahe einen Monat gedauert. — Von den übrigen Fällen waren 33 schwere toxische Diphtheritis, doch nicht so bösartigen Charakters wie die 5 genannten. Bei den letzten 16 Fällen wurde die Behandlung am 2. Tage der Erkrankung eingeleitet, die Entwickelung war günstig, die Symptome wenig intensiv, die Heilung erfolgte in 4—5 Tagen und 2—3 Bepinselungen mit Chromsäure haben genügt, um die Membranen zum Schwinden zu bringen. Zu erwähnen ist dass in keinem Falle von den 54 Erkrankungen der Process auf den Larynx übergegangen ist.

Verf. verfährt folgender Art:

Er betupft 2, höchstens 3 Mal täglich die diphtheritisch belegten Stellen mit einer Chromsäurelösung (2 Gramm auf 5 Grm. Wasser) und nimmt sofort mit einem Tampon eine leichte Abwaschung des Rachens, besonders der betupften Stellen mittelst einer verseiften Theerlösung (coaltar saponisé) vor, 3—4 Mal täglich wird der Rachen des Kindes mit einer Glycerin-Tanninlösung (Acid. tann. 6 Gr., Glycerin 30 Gr.) ausgepinselt. Die Pinselung mit Chromsäure hat der Arzt selbst zu thun, damit die gesunde Schleimhaut möglichst geschont werde, die Auspinselung mit der Tannin-Glycerinlösung kann die Bedienung des Kranken ausführen. Innerlich erhält das Kind 3—10 Gramm Eucalyptustinctur (in 90 Gramm Gummiwasser, 30 Gramm Syrup), löffelweise, und noch 3 Esslöffel folgender Medicin: Tinct. nuc. vomic. (3—8 Tropfen in 24 Stunden, je nach dem Alter). Chinaextract 5 Gramm, Syrup 100 Grm., Malagawein 200 Grm.

Verf. empfiehlt diese Behandlung eingehend, weil neben einer örtlichen Sterilisirung auch mittelst der Eucalyptustinctur eine allgemeine Sterilisirung auf dem Wege der Athmungsorgane stattfindet und weil die Behandlung einfach ist, die Kräfte des Kindes geschont werden und örtlich keine Erosionen der Schleimhaut gesetzt werden. Tannin allein ist nach Ansicht des Verf. zu schwach wirkend bei den Diphtheritisbelägen, bringt aber die von Chromsäure angegriffenen Membranen allendlich zur Ablösung.

—i—

Bücheranzeigen und Besprechungen.

E. Hecker: Hypnose und Suggestion im Dienste der Heilkunde. Vortrag. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1893.

Der Vortrag enthält keine wesentlich neuen Thatsachen, wie es auch nicht in der Absicht des Verfassers gelegen hat, er enthält vielmehr einige Berichte aus H's eigener Erfahrung als Nervenarzt «von den zahlreichen, unzweifelhaften und überraschenden Heilresultaten.» Die Hauptwirkung sieht H. nicht in der Hypnose als solcher, sondern in der Suggestion, welche in dem hypnotischen Zustande beigebracht wird. Die Hypnose selbst fasst Verf. in Uebereinstimmung mit dem Standpunkte Bernheims als einen durch Suggestion hervorgerufenen Zustand gesteigerter Suggestibilität auf. «Die Wirkung der Hypnose findet da ihre Grenze, wo die Wirkung der Vorstellung auf den Körper aufhört.» Chorea, hysterische Krampfformen, neurasthenische Beschwerden, Schlaflosigkeit, Zwangsvorstellungen etc. wurden behandelt; aus den Krankengeschichten sind manche Erfolge zu ersehen.

Lingen.

Th. Zerner jun.: Therapeutisches Handlexicon. Verlag M. Perles Wien 1893. Zweite Auflage.

Vorliegendes Büchlein umfasst in kurzen Umrissen die allgemeine und specielle Therapie in 360 kleinen Artikeln und 3100 Recepten. Die Anordnung des Stoffes gestattet eine rasche Orientirung und Uebersicht über die im betreffenden Fall in Frage kommende Behandlungsmethode. Der Stoff ist in Form eines Lexicons je nach der Benennung der Krankheiten geordnet, es folgt die Angabe des im gegebenen Fall in Betracht kommenden Verfahrens, mit Einschluss der Vorschriften für Diät, Behandlung mit Bädern etc. Die Arzneimittel werden meist in Receptform angeführt in allen möglichen Combinationen. Der Hydrotherapie, Massage, Elektrotherapie u. s. w. sind besondere Capitel gewidmet. Unter der Fülle moderner Mittel, von denen man geradezu überfluthet wird, ist nur deren Erwähnung gethan, welche mehr oder weniger erprobt sind oder der Nachprüfung werth sind.

Lingen.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— In der «Association française pour l'avancement des sicences» theilte Bouchard (Paris) am 19. September seine Beobachtungen über die Behandlung von Myxoedem mit Injectionen von Schilddrüsenextract mit. Die Folgen der Injectionen stellten sich erstaunlich schnell ein. Die oedematöse Schwellung der Haut aller Körpertheile verschwand ausserordentlich rasch, dabei nahm die Urinsecretion zu und das Körpergewicht ab. Die geistige Stupidität, die Langsamkeit der Sprache, die Schwerfälligkeit der Bewegungen, an denen die Kranken litten, besserten sich in frappanter Weise. Als unangenehme Wirkungen der Injectionen erwähnt Bouchard: Kopfweh, Schmerzen im Arm und im Thorax.

Allgem. med. C.-Zeitung № 100.

— Hector W. G. Mackenzie behandelte 2 Fälle von Diabetes mellitus mit Liquor pancreaticus (3 mal tgl. eine halbe Unze). Es trat bemerkenswerthe subjective Besserung ein, die Harnmenge nahm dabei ab, dagegen blieb das Zuckerquantum unbeeinflusst.

Neville Wood konnte durch eine Behandlung mit Pancreatin in steigender Gabe keine wesentliche Besserung erzielen.

Brit. Med. Journal 1893, pag. 64.

— R. Drews (Hamburg) empfiehlt das von Lassar angegebene Zinköl bei Behandlung der Ekzeme, nam. des Kindesalters, Intertrigo etc. Die ekzematösen Stellen werden zuerst mit Aq. Plumbi von dem Secret gereinigt, wo dasselbe zu Krusten eingetrocknet ist, wird ein feuchter Verband mit Aq. plumbi bis zur völligen Ablösung derselben angelegt. Dann wird die glänzende rothe Fläche mit Watte gut abgetupft (nicht gewischt) und das Zinköl mit einem weichen Tuschpinsel in folg. Mischung aufgepinselt: Zinc. oxyd. 30,0 Ol. Olivar. 50,0. M. f. Pasta mollis. Bei Intertrigo an den Hautfalten legt man Watte auf die Paste, um die Falten auseinanderzuhalten und befestigt mittelst Mullbinden. Dieser Verband wird täglich bis zur völligen Heilung erneuert.

(Wien. med. Woch. Nr. 15).

Vermischtes.

Ordensverleihungen: den Weissen Adlerorden — dem berathenden Mitgliede des Medicinalraths, ordentlichen Academiker der Academie der Wissenschaften und Prof. emer. der St. Petersburger Universität, Geheimrath Dr. Owssjanikow und dem Director der Moskauer Entbindungsanstalt, Geheimrath Dr. Arssenjew. Den St. Wladimir-Orden III. Classe — dem Oberarzt des Kronstädter Marienhospitals, wirkl. Staatsrath Dr. Akinfiew, dem Gehülfen desselben wirkl. Staatsrath Dr. Lukin und dem Oculisten des St. Petersburger Hafens und Oberarzt der 9. Flottenequipage, wirkl. Staatsrath Dr. Miller. Den St. Annen-Orden II. Classe — dem stellv. Oberarzt des Peterhofschen Hofhospitals, Staatsrath Dr. Stroganow und dem jüngeren Ordinator dieses Hospitals Dr. Goldsmith.

— Der Fellin'sche Kreisarzt, Collegienrath Dr. Herm. Truhart (bekanntlich Präses des Vereins livländischer Aerzte), ist für Auszeichnung zum älteren Kreisarzt des livländischen Gouvernements befördert worden.

— Der Privatdocent für Geburtshülfe und Gynaekologie an der militär-medicinischen Academie, Dr. J. A. Samschin, ist zum Professor an dem unter dem Patronat der Grossfürstin Katharina stehenden geburtshülflichen Helenen-Institut hierselbst ernannt worden.

— Verstorben: 1) Am 24. März hierselbst der praktische Arzt, Staatsrath Dr. Gustav v. Bodungen, im 56. Lebensjahre an Myocarditis. Der Hingeschiedene war in St. Petersburg geboren und hatte seine medicinische Ausbildung an der medico-chirurgischen Academie erhalten. Nach Absolvirung seiner Studien wurde B. Ordinator am hiesigen städtischen Alexander-Hospital, trat jedoch bereits nach 2 Jahren zur Entbindungsanstalt über. Der Verstorbene erfreute sich einer recht ausgebreiteten Praxis, namentlich als Frauen- und Kinderarzt. Daneben hatte er noch als Director des Stieglitz'schen Asyls die Leitung desselben unentgeltlich übernommen. 2) Am 13. März in Odessa der frühere Oberarzt des Chersson-schen Militärhospitals, Dr. Jacob Mogiljanski-Russobtowski, im 53. Lebensjahre an Tabes dorsalis. Der Verstorbene hatte seine medicinische Ausbildung an der medico-chirurgischen Academie erhalten und an derselben im Jahre 1869 auch die Doctorwürde erlangt. Während des letzten türkischen Krieges fungirte er als Gehülfe des Militär-Medicinal-inspectors des Odessaschen Militär-Bezirks. Im Jahre 1884 sah er sich durch sein zunehmendes Leiden genöthigt den Abschied zu nehmen. 3) Im Ssaratowschen Gouvernement der Landschaftsarzt Peter Astankow im 38. Lebensjahre am Flecktyphus. 4) Ebendaselbst im 30. Lebensjahre der Landschaftsarzt des Ssaratowschen Gouvernements J. Masslenikow, der ebenso wie Dr. Astankow, dessen Stellung er nach dem Tode desselben übernahm, ein Opfer des Flecktyphus wurde. 5) Am 27. Februar in Taschkent der jüngere Arzt des 2. Turkestanschen Schützenbataillons Nikolai Knjasew, 35 Jahr alt, an Pericarditis und Nephritis. Der Verstorbene hat seine Wittwe mit zwei kleinen Kindern ohne jegliche Existenzmittel hinterlassen. 6) Der Landschaftsarzt des Ardatowschen Kreises (Gouv. Nishni-Nowgorod) Constantin Kolenda.

— Den früheren Oberarzt des hiesigen städtischen Barackenhospitals, Dr. Nilus Ssokolow, welcher bekanntlich Professor an der militär-medicinischen Academie geworden ist, hat die St. Petersburger Duma in Anbetracht seiner Verdienste um das städtische Hospitalwesen zum beständigen Mitgliede der städtischen Hospitalcommission erwählt.

— Prof. Dr. Rudolf Virchow ist während seiner letzten Anwesenheit in Grossbritanien von dem Vereine irischer Aerzte das Ehrenmitgliedsdiplom überreicht worden.

— Am 18. März beging der Professor der Mineralogie an der St. Petersburger Universität, Dr. Inostranzew, welcher auch an der militär-medicinischen Academie Mineralogie vorträgt, sein 25 jähriges Amtsjubiläum.

— Wie der «Wratsch» erfährt, hat der Oberprocureur des Senats A. F. Koni es nicht für möglich gefunden, seine Thätigkeit als Mitglied des Medicinalrathes fortzusetzen und daher diese Stellung aufgegeben.

— Prof. Mercklin hierselbst hat, behufs Erfüllung einer letztwilligen Verfügung seiner Gattin, geb. Lerche, 500 Rbl. zu dem von dem verst. Dr. Lerche seinerzeit zum Besten der hiesigen Augenheilanstalt gespendeten Kapital hinzugefügt.

— Die Erben des vor Kurzem verstorbenen Oberarztes des Charkowschen städtischen Alexanderhospitals, Dr. Leopold Schulz, haben seine Bibliothek sowie seine ärztlichen Instrumente dem genannten Hospital als Geschenk dargebracht.

— Die Wittwe des ermordeten Moskauer Stadthauptes A. W. Alexejew hat, um einer letztwilligen Verfügung ihres Gatten nachzukommen, der Moskauer Stadtverwaltung 300,000 Rbl. zur Beendigung der von dem Verstorbenen erbauten Irrenanstalten in Moskau zur Verfügung gestellt.

— Die Gesellschaft der Taganrog'schen Aerzte hat bei ihrer Heilanstalt ein chemisch-mikroskopisches Laboratorium für die Erfordernisse der praktischen Medicin, sowie auch zur Untersuchung der Nahrungsmittel eingerichtet. Von der Stadtverwaltung ist dem Laboratorium eine Subsidie im Betrage von 300 Rbl. bewilligt worden.

— Die Ssaratow'sche Gouvernements-Landschaftsversammlung hat verfügt, dem gesammten medicinischen Personal, welches im vorigen Jahre an der Bekämpfung der Cholera theilgenommen, den Dank der Versammlung zu übermitteln.

— Die Gesammtzahl der Aerzte in Grossbritannien beträgt nach dem «Brit. Med. Journal» gegenwärtig 30,590. Im verflossenen Jahre sind 1513 neue Aerzte hinzugekommen.

— Der ärztliche Nachtdienst in Paris wies in den letzten 4 Monaten des vergangenen Jahres 2915 Visiten auf. Die Gesammtzahl der i. J. 1892 von den Aerzten der «Service médicale de nuit» abgestatteten Besuche betrug 9313 und hat die Zahl der im Jahre 1891 geleisteten Visiten um 2580 überschritten. Diese Ziffern zeugen nicht nur von der Nothwendigkeit einer derartigen Institution in grossen Städten, sondern auch von der Beliebtheit, welcher sich dieselbe nach nunmehr 17-jährigem Bestande — nicht zum Schaden der Aerzte — in Paris erfreut. (Wien. med. Presse).

— Wie in Hamburg, so wird jetzt auch in Bremen ein bacteriologisches Staats-Laboratorium eingerichtet, welches namentlich die Wasserverhältnisse der Stadt überwachen soll.

— In erfreulicher Weise macht sich in letzter Zeit das Bestreben geltend, die Lungenschwindsucht, diese Geissel der Menschheit, in wirksamer Weise zu bekämpfen. So ist in Wien die Errichtung einer klimatischen Heilanstalt für Lungenkranke bereits gesichert, da für diesen Zweck 200,000 Gulden durch freiwillige Beiträge eingeflossen sind. — In Paris hat der Gemeinderath beschlossen, ein Hospital für Phthisiker in Angicourt an der Oise zu erbauen, welches zur Aufnahme der chronischen Fälle dienen soll, welche die Krankenhäuser von Paris überfüllen. — In der Schweiz, wo alljährlich mehr als 6000 Menschen (10 pCt. aller Todesfälle) an Phthisis zu Grunde gehen, hat sich vor einigen Wochen ein «Verein zur Bekämpfung der Lungenschwindsucht» gebildet, welcher Sanatorien in allen Theilen des Landes errichten und Anleitungen zur Pflege Schwindsüchtiger und zum Schutz gegen die An-

steckung seitens derselben herausgeben will. — Bei uns ist in dieser Beziehung noch sehr wenig gethan!

— In der galizischen Gemeinde Zalucze (an der russischen Grenze), wo die Cholera bereits im Januar auftrat, sollen neuerdings wieder drei Fälle in Folge von Einschleppung aus Podolien vorgekommen sein.

— Bei der St. Petersburger Gouvernements-Verwaltung ist eine executive Sanitäts-Commission gebildet, die den Zweck hat eine Reihe von Maassregeln zur Bekämpfung der epidemischen Krankheiten auszuarbeiten. Präses der Commission ist der St. Petersburger Gouverneur Graf Toll und als Glieder gehören zu derselben der St. Petersburger Vicegouverneur Flügeladjutant Kossatsch, der Präsident des Gouvernements-Landschaftsamtes J. A. Gortschakow, der Gouvernements-Medicinalinspector Dr. Kormilow, der Präsident des St. Petersburger Kreislandschaftsamtes Jakowlew und die Sanitätsärzte Dmitrijew und Bobrizki.

— Vom Kriegsministerium sind nach Taschkent und dem Amurgebiet Militärärzte und Feldscher abcommandirt worden, um im Falle des Auftretens der Cholera in diesen entlegenen Gegenden des Reiches der Bevölkerung Hülfe leisten zu können.

— Da mit dem Eintritt des Frühlings eine weitere Ausbreitung der Cholera zu befürchten ist, so ist die Uebersetzung einiger Brochüren über die Cholera und die Maassregeln zur Bekämpfung derselben auch in's Estnische und Finnische angeordnet worden.

— Die offiziellen Nachrichten über die Cholera in Russland sind in der letzten Zeit so spärlich und unvollständig, dass sich ein Bild von dem gegenwärtigen Stand der Cholera im Reiche nicht entwerfen lässt. Aus Podolien z. B., wo die Cholera nach den Nachrichten, die beim Medicinaldepartement für die Zeit vom 16. Febr. — 1. März eingegangen waren, am stärksten herrschte (289 Erkrankungen mit 84 Todesfällen), liegen seit dieser Zeit gar keine Nachrichten vor. Ebenso fehlen jegliche Mittheilungen über den Stand der Epidemie in Kiew, Nishni-Nowgorod, Charkow, Jekaterinoslaw, wo nach den früheren Bulletins Cholerafälle vorgekommen waren. Nach den letzten beiden officiellen Bulletins herrschte die Cholera am stärksten im Gouv. Ufa (v. 28. Febr. bis 15. März 84 Erkrankungen mit 29 Todesfällen), dann folgt die Stadt Orel (vom 7—22. März 98 Erkrankungen, 38 Todesf.), Gouv. Tambow (v. 1—15. März 31 Erkr., 18 Todesf.), Gouv. Jelisawetpol (10 Erkr., 4 Todesf.). Aus dem Gebiet der donischen Kosaken, Gouv. Kasan u. Gouv. Tula wurde nur je 1 Erkrankung gemeldet.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 21. März d. J. 6416 (159 weniger als in der Vorwoche), darunter 167 Typhus — (1 mehr), 672 Syphilis — (22 weniger), 64 Scharlach — (9 weniger), 8 Diphtherie — (3 weniger), 15 Masern — (2 weniger) und 27 Pockenkranke — (2 mehr als in der Vorw.).

Vacanzen.

1) Von der Kungurschen Landschaft wird ein Arzt gesucht. Gehalt 1500 R. jährl. Empfehlungen von Professoren oder Angabe der letzten Stellung nothwendig. Adresse «Кунгурская Земская Управа».

2) Im Kreise Melenki (Gouv. Wladimir) ist die Stelle eines Landschaftsarztes erledigt. Gehalt 1200 R. jährl. Adresse «Меленковская Земская Управа».

3) Von der Jurjewschen Landschaft (Gouv. Wladimir) werden 2 Aerzte gesucht. Gehalt 1000 R. jährl. Im Falle des Auftretens der Cholera erhält jeder Arzt eine monatliche Zulage von 100 R. für die Zeit der Epidemie.

4) Die Porchowsche Landschaft (Gouv. Pskow) sucht einen Arzt orthodoxer Confession. Gehalt 1200 R. Adresse «Порховская Земская Управа».

5) Im Kreise Ossa Gouv. Perm) ist bis zum 1. Mai eine Landschaftsarztstelle zu vergeben. Gehalt 800 R. jährl. Adresse Оссинская Земская Управа»

6) Am 15. April wird der Posten des Stanizenarztes in den Stanizen Konstantinowskaja und Rodnikowskaja (Kubangebiet) vacant. Gehalt 930 R. jährl. Adresse «Чрезъ ст. Лабинскую, въ ст. Родниковскую, Кубанской обл., Родниковскому станичному атаману».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 14. März bis 20. März 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
315	243	558	97	48	68	13	4	14	61	66	33	51	58	31	13	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 3, Typh. abd. 3, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 4, Scharlach 14, Diphtherie 3, Croup 0, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 37, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 103, Tuberculose anderer Organe 12, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 24, Marasmus senilis 25, Krankheiten des Verdauungscanals 51, Todtgeborene 33.

Für die Woche vom 21. März bis 27. März 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr	Unbekannt.
321	237	558	116	55	67	10	7	12	51	56	45	50	44	32	13	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 3, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 2, Scharlach 10, Diphtherie 3, Croup 1, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 99, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 41, Marasmus senilis 28 Krankheiten des Verdauungscanals 57, Todtgeborene 19.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 13. April 1893.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 5. April 1893.

heiten, Uterin-Leiden (Exsudate), Scrophulose und als Specialität: Herzkrankheiten.

Bad Elster. Heilanzeigen: Störungen der Ernährung und Konstitution mit Blutarmut und fehlerhaften Blutmischung; Frauenkrankheiten, besonders chronische Entzündungen und Exsudate; chronischen Nervenleiden, besonders Neurasthenie, Basedow'sche Krankheit, Neuralgien, spec. Ischias, periphäre Lähmungen, chronische Entzündungen des Rückenmarks; chronische Herzleiden, chronische Katarrhe der Verdauungswege, Dyspepsie, habituelle Obstruction, Störungen der Säftemischung mit Verlangsamung des Stoffwechsels, nicht selten unter gleichzeitiger krankhafter Veränderung der Leber, Fettleibigkeit, torpide Skrofulose, chronischer Rheumatismus, Gicht.

ICHTHYOL

Dasselbe wird von Klinikern und vielen Aerzten auf's wärmste empfohlen und steht in Universitäts- sowie städtischen Krankenhäusern in ständigem Gebrauch.

Wissenschaftliche Abhandlungen über ICHTHYOL nebst Receptformeln versendet gratis und franco die

Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermanni & Co.,

Hamburg. (30) 3—1

Saison: MAI—OCTOBER.

BAD REICHENHALL

Soolebad-, Molken- und grösster deutscher klimatischer Kurort in den bayer. Alpen. Soole-, Mutterlaugen-, Moor- und Fichtennadel-Extract-Bäder; Ziegenmolke, Kuhmilch, Kefir, Alpenkräutersäfte, alle Mineralwässer in frischen Füllungen; grösste pneumat. Apparate, Inhalationen aller Art, Gradirwerke, Soolefontaine, **Terrainkuren nach Professor Oertel's Methode,** Kaltwasserheilanstalt und Heilgymnastik. **Beste hygienische Allgemeinbedingungen durch Hochquellenleitung Canalisation und Desinfection:** ausgedehnte Parkanlagen mit gedeckten Wandelbahnen, Croquet- und Lawn-Tenis-Plätzen; nahe Nadelwälder und wohlgepflegte Kurwege nach allen Richtungen und Steigerungsverhältnissen. Täglich zwei Concerte der Kurkapelle, Saisontheater, Lesekabinete Bahn- und Telegraphen-Stationen. Ausführliche Prospecte gratis und franco durch das

K. Badecommissariat.

(34) 3—1.

BAD ELSTER. (Königreich Sachsen).

Directe Eilzugsverbindung mit den Hauptstädten. — 491 Meter über dem Meere — von dicht bewaldeten Bergen umkränzt, reizend gelegen. Der Kurort erfreut sich reinster Gebirgsluft, ist inmitten meilenweiter Waldungen vor starken Winden geschützt, parkartig angelegt, besitzt vorzügliche Quellwasserleitung. Klima gebirgsfrisch, doch im Ganzen milde und auffallend gleichmässig.

Zwölf alkalische salinische **Eisensäuerlinge,** sich abstufend von den mildesten bis zu den stärksten, und eine kräftige **Glaubersalzquelle.** Von den fünf zu Trinkkuren benutzten, sehr leicht verdaulichen Heilquellen enthält die Moritzquelle 0,09 Eisenoxydul im Liter, so dass sie zu den stärksten Stahlquellen Deutschlands zählt, die Königsquelle, neben 0,08 Eiseoxydul zugleich 0,11 Lithionbicarbonat. Milch-, Molken-, Kefirkuren. **Kohlensäurereiche Sprudel-** und **Stahlbäder,** als vorzüglich anerkannte **Eisenmoorbäder,** elektrische und Kiefernadelbäder, künstliche Salz- und Soolbäder, Dampfbäder. — Elektrische und Kaltwasser-Kur, Massage. — Die Kureinrichtungen sind «in jeder Beziehung ausgezeichnet» (Seegen, Kisch, Thilenius u. A).

Kurzeit vom 1. Mai bis 30. September.

Frequenz 1892: 6631 Personen. Vom 1. bis 15. Mai und vom 1. bis 30. September ermässigte Bäderpreise, sowie vom 1. September ab halbe Kurtaxe. — Gutes Kurorchester und Sommertheater, Künstlerconcerte. Neues prachtvolles Kurhaus mit Concert-, Speise-, Spiel-, Gesellschafts-, und Lesezimmer, Elektrische Beleuchtung. Protestantischer und katholischer Gottesdienst. Spielplätze für Kinder und Erwachsene (u. a. Lawn-Tennis). Reizende Umgebung.

Ausführliche Prospecte postfrei durch die (24) 2—2.

Königliche Baddirection.

Saison 1 Mai—1 Oct. **Bad Nauheim** Frequenz 10506

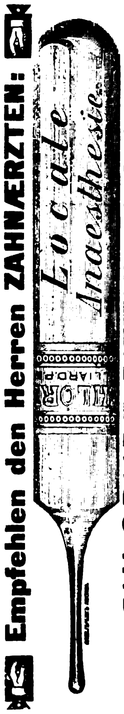
bei Frankfurt a/Main, Bahnlinie Cassel-Frankfurt a/M.

Schöne Lage am Taunus, erfrischende, gesunde Luft. Ausgezeichnet die Reichhaltigkeit seiner **naturwarmen Badestrudel (24—27° Réaumur),** ermöglicht mehr als irgend ein anderer Badeort die Anwendungen der verschiedenartigsten Bäderfomen — von einfachen Soolbädern bis zu **stark moussirenden Kohlensäurehaltigen Thermalsoolbädern,** die in **jeder Concentration** und **Wärme** gegeben werden können. Sonstige Kurmittel: **zwei salinische** und **eine alkalische Trinkquelle, Milch-** und **Molkenkur, elektrische Bäder, Gradirwerke, Inhalationssalon, Institut für schwedische Heilgymnastik** und **Massage, Traubenkur, Terrainkur etc.**

Unterhaltungen: grosserr schattiger Park, Curhaus mit eleganten Concert-, Speise-, Conversationssälen; Lesezimmer mit ca. 200 Zeitungen; 36 Musiker starke Kur-Kapelte, Theater, Künstler-Concerte, Jagd, Fischerei, Gondelfahrten auf dem See etc. Ausgedehnte Waldungen etc. Jede Auskunft erteilt gerne: Der Vorstand des Kurvereins **A. Wagner.**

(35) 2—1.

Empfehlen den Herren ZAHNÆRZTEN:



«CHLORURE D'ETHYLE PUR»

von GILLIARD, P. MONNET & CARTIER in LYON.

IN GLASRÖHRCHEN VERSCHLOSSEN NACH VERFAHREN VON P. MONNET,

für LOCALE ANAESTHESIE, vom PROFESSOR DOCTOR REDARD ANGEWANDT!

IN MOSKAU: **DEPÔT:** IN ST. PETERSBURG:

bei M. GREVSMÜHL, Arbat, Haus Fürst Obolensky. bei J. VŒGEDING, Grosse Morskaja, № 14,

sowie in allen grösseren Apotheken und Apothekerwaaren Magazinen Russland's.

5 —6.

Дозв. ценз. Спб. 3 Апр. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke. Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 15 St. Petersburg, 10. (22.) April **1893**

Beobachtungen über die diagnostische Verwerthbarkeit der Indicanurie.

Ein auf der Versammlung der Dorpater Naturforscher-Gesellschaft am 5. November 1892 gehaltener Vortrag.

Von

Alexander Keilmann.

Assistenzarzt an der Universitäts-Frauenklinik.

Das Vorkommen von Indican (indoxylschwefelsaurem Kali oder Natron) im Urin des Menschen, wie verschiedener Thiere ist unter physiologischen Verhältnissen vielfach constatirt und als Muttersubstanz mit Recht aus dem Darmtractus stammendes Indol angesehen worden. Namentlich auf Grund der Baumann'schen Untersuchungen (Pflügers Arch. XIII; Zeitschrift f. phys. Chem. X) sind diese Thatsachen als erwiesen anzusehen. Auch unter pathologischen Verhältnissen ist in erster Reihe von Jaffé (Virch. Arch. Bd. 70 und CtBl. f. med. W. 72) die Indicanurie untersucht worden; durch experimentelle Prüfung hat dieser Autor festgestellt, dass bei Störungen des Kothlaufes im Darm oder auch bei aus anderen Gründen bestehender, abnormer Darmfäulniss der Indicangehalt des Urins beträchtliche Steigerungen erfährt. Die quantitative Analyse hat ergeben, dass physiologischer Weise ca. 25 mgr. Indican in der Tagesmenge vorkommen können; die Grade der Indicanurie bei künstlich erzeugten Verschlüssen oder Stenosen insbesondere des Dünndarms können ungeheuer hohe werden, weil unter solchen Verhältnissen die Stauung fäulnissfähiger Eiweisskörper die Indolbildung excessive Höhen erreichen lässt, denen entsprechend die Resorption des Indols und Ausscheidung desselben als Indican erhöht ist.

Auf diese Untersuchungen gestützt machen die Lehrbücher stets allein den Darm für vermehrte Indicanurie verantwortlich und nur bei Darmkrankheiten ist von Indicanurie die Rede. Die Differenzen der Indicanausscheidung, die Jaffé bei künstlichen Verschlüssen des Dickdarmes und des Dünndarmes an Hunden gefunden, sind auch die wesentliche Grundlage für die wiederholt früher, wie auch neuerdings von Leichtenstern auf dem VIII. Congress für innere Medicin in Wiesbaden (siehe «Verhandlungen») empfohlene Verwerthung der Indicanurie für die Differentialdiagnose des Sitzes des Darmverschlusses bei Ileus. Erhöhte Indicanausscheidung sollte einen Verschluss des Dünndarmes, fehlende oder geringgradige für Occlusion des Dickdarmes sprechen.

Namentlich diese von Leichtenstern vertretene Ansicht war es, die Herrn Prof. v. Wahl veranlasste, die in seiner Klinik im Sommer 1889 behandelten Fälle von Ileus und eingeklemmten Darmbrüchen hinsichtlich der Indicanurie beobachten zu lassen. Die Aufgabe, die entsprechenden Urinuntersuchungen zu machen, wurde mir als damaligem Unterassistenten übertragen und die Beschäftigung mit diesem Gegenstande hat mich Beobachtungen machen lassen, die nach anderer Richtung eine umfassendere Ausbeute der Indicanurie für die klinische Diagnose versprachen. Diese Beobachtungen über pathologische Indicanmengen im Allgemeinen habe ich im Laufe der Jahre in der obengenannten Klinik, ferner in der Frauenklinik des Herrn Prof. Küstner, sowie endlich in der unter Leitung des Herrn Docenten Dr. Zoege v. Manteuffel stehenden chirurgischen Abtheilung des Bezirkshospitals fortgesetzt und ich glaube als Resultat dieser Beobachtungen zunächst die Ansicht vertreten zu können, dass die Indicanurie als ein wichtiges Hilfssymptom zur Diagnose versteckter Eiterungen verwerthet werden kann.

In manchen Fällen, in denen die Körpertemperatur und andere Symptome sich atypisch verhalten haben, war die Indicanurie das einzige Symptom, das auf den nachher durch Operation oder spontanen Durchbruch erwiesenen, eitrigen Process hinwies.

So konnte z. Beispiel der eitrige Charakter einer acuten Kniegelenkerkrankung nur durch den vermehrten Indicangehalt des Urins vermuthet werden, welche Vermuthung sich einige Tage später in der That als zutreffend erwies. Es handelte sich in diesem Falle um eine Stichverletzung oberhalb des Knies. Die Frage, ob die

Gelenkkapsel verletzt sei, konnte im Augenblick nicht entschieden werden — es schien sogar wahrscheinlich, dass dieses nicht der Fall war. Die ca. 2 Cm. lange Hautwunde wurde durch einen Verband bedeckt und der Patient zu Bettruhe veranlasst; nach einigen Tagen constatirte ich eine pathologische Indicanmenge im Urin des Patienten, die nun von Tag zu Tage zunahm. Obgleich keine Temperatursteigerung beobachtet werden konnte, noch eine merkliche Schwellung, noch sonst irgend ein Symptom für Perforation der Gelenkkapsel und Erkrankung der Gelenkhöhle sprach (die geringen Schmerzen, über die der 70-jährige Patient klagte, konnten von der Fleischwunde ebenso gut ausgehen), glaubte ich beim Fehlen jeder Verdauungsstörung nach den gemachten Erfahrungen die Diagnose auf Verletzung und nachfolgende eitrige Entzündung der Gelenkhöhle stellen zu dürfen. In den darauffolgenden Tagen mehrte sich fortlaufend die tägliche Indicanmenge, nie aber trat Temperatursteigerung ein. Als dann die Hautwunde erweitert wurde, konnte in der That eine Verletzung der Gelenkkapsel festgestellt werden und nach Freilegung der Oeffnung spritzte ein dicker Strahl stark übelriechenden, grüngelben Eiters hervor. Die Entleerung der Gelenkhöhle und danach fortschreitende Heilung hatte eine dauernde Abnahme des Indicans im Urin zur Folge, das bald ganz verschwand.

In einem anderen Fall war das kleine Becken einer Frau von einer festen Masse ausgefüllt, deren genauere Beschaffenheit durch Palpation nicht eruirt werden konnte. Weder Fieber noch sonst ein als charakteristisch geltendes Symptom wies auf eitriges Exsudat. Nur die abnorm grosse Indicanmenge im Urin, die auch nach ausgiebiger Entleerung des Darmes weiter bestand, liess vermuthen, dass im Becken Eiter vorhanden war. Nach längerer Zeit zeigte sich in der That Fluctuation unter der Haut, rechts neben dem Anus, und nach Incision entleerte sich eine grosse Menge übelriechenden Eiters. Nach erfolgter Drainage sank der Indicangehalt und schwand mit der Sistirung der Eiterung vollständig.

Illustrativ scheint mir auch ein dritter Fall (Leistenbruch), der durch interessante Complication des Darmbruches mit Eiterung der Erwähnung besonders werth scheint. Der Patient stellte sich mit einem alten Leistenbruch vor, weil die hervorgetretenen Darmschlingen sich seit einigen Tagen nicht mehr, wie das früher der Fall war, zurückschieben liessen und weil heftige Schmerzen in der Bruchgegend aufgetreten waren. Die Untersuchung des Urins ergab eine enorme Steigerung des Indicangehalts und zur Erklärung dieses Umstandes konnte nichts leichter herangezogen werden, als Kothstauung und gesteigerte Darmfäulniss oberhalb der abgeklemmten Stelle des im Bruchsack liegenden Dünndarmes. Allein die Anamnese und augenblickliche Beobachtung ergaben, dass der Patient unter keinerlei Störung der Darmausleerung litt und diese in regelmässiger und ausgiebiger Weise von Statten ging, auch nachdem die erwähnte Verschlimmerung des Bruchleidens eingetreten war. Somit konnte abnorme Darmfäulniss nicht die Ursache der gesteigerten Indicanurie sein. Die unter allen Umständen streng indicirte Bruchoperation brachte jedoch bald genügende Aufklärung. Nach Eröffnung des Bruchsackes entleerte sich eine beträchtliche Menge flüssigen Eiters aus demselben, der den nur leicht in der Bruchpforte adhärenten, nicht aber eingeklemmten Darm umspült hatte. Obgleich nun die eitrige Flüssigkeit entleert wurde und Vorsichtsmaassregeln gegen weitere Ansammlung derselben durch Drainage getroffen waren, ausserdem abnorme Darmfäulniss ausgeschlossen war, sank der Indicangehalt des Urins nur wenig und hielt sich dann in gleicher Höhe 6 Tage lang. Im Verlauf dieser Zeit war eine bedeutende Besserung im Zustande des Patienten eingetreten; Schmerzfreiheit, Herabsinken der Körpertemperatur und der Pulsfrequenz schienen einen vollen Erfolg der Operation zu beweisen, nur die immer noch bedeutende, um nichts verringerte Indicanurie liess sich in das Bild der Convalescenz nicht einfügen. Die fortgesetzte Beobachtung zeigte sogar, dass der Indicangehalt des Urins vom 8. Tage nach der Operation zu steigen begann, ohne dass man sonst eine Verschlimmerung im Zustande des Pat. wahrnehmen konnte. Nachdem nun 5 Tage lang die noch mehr gesteigerte Indicanmenge beobachtet war, ergab eine Untersuchung, dass sich eine mit Flüssigkeit gefüllte Geschwulst von vorn in den Mastdarm hineinwölbte; diese wurde vom After aus eröffnet und 600 Ccm. übelriechenden Eiters entleerten sich durch die eingestochene Canüle. Von dem drauffolgenden Tage an wurde die Indicanreaction im Urin schwächer und nahm stetig ab. Das völlige Schwinden konnte nicht constatirt werden, da Patient sich 7 Tage nach der Punction der Beobachtung entzog.

Weitere Fälle, die den gleichen Zusammenhang eitriger Processe mit Indicanurie zeigen, übergehend, will ich nur noch zweier Fälle von Bauchdeckenabcessen erwähnen, um zu zeigen, dass auch kleinere, unter der Haut gelegene Eiterherde sich deutlich im Urin anzeigen, zugleich auch, um die beiden hier vorzulegenden Curven zu erklären. Für diese Curven ist die Höhe der Indicanmenge nach der später auseinanderzusetzenden Methode bestimmt worden.

In dem einen Falle (Curve I) handelte es sich um einen von der verletzten Schamfuge ausgegangenen eitrigen Process, der einen Abscess zwischen den Schichten der Bauchdecken zur Folge hatte. Fiebertemperaturen bis 39°, pathologisch gesteigerte Indicanmenge, Fluctuation in der sicht- und fühlbaren Geschwulst, locale Schmerzhaftigkeit und Härte der umgebenden Gewebe liessen keinen Zweifel an dem eitrigen Inhalt der Geschwulst. Die Indicanmenge habe ich vor der Operation 2 Mal gemessen und die gleiche Menge gefunden. Die Operation bestand in Spaltung der Geschwulst, Entleerung der dickeitrigen Flüssigkeit und Drainage der vorhandenen Höhle durch Ausstopfung mit Jodoformgaze. 48 Stunden danach hatte die Pat. normale Körpertemperatur und normale Pulsfrequenz, desgleichen war die Indicanmenge auf ca. 1/2 der früheren Höhe gesunken, um in den darauffolgenden Tagen noch geringer zu werden. Hier äusserte sich der Erfolg der operativen Behandlung in dem Absinken der Temperatur und der Pulsfrequenz sowohl, als auch im Schwinden des Urin-Indicans; im anderen Falle (Curve II) dagegen war die Verminderung der Indicanurie der einzige klinisch nachweisbare Effect der Operation, da auch vorher kein Fieber, wohl aber erhöhte Indicanurie bestand. Auch dieser Abscess, der zwischen den Schichten der Bauchdecken unter dem rechten Rippenbogen sich befand, wurde wie der vorige behandelt und 24 Stunden nach seiner Eröffnung war, wie die Curve zeigt, die Indicanmenge des Urins auf die Hälfte gesunken, dann nach weiteren 24 Stunden auf ein Drittel, um in 4—5 Tagen nur noch die Höhe zu zeigen, die als physiologisch bezeichnet werden muss.

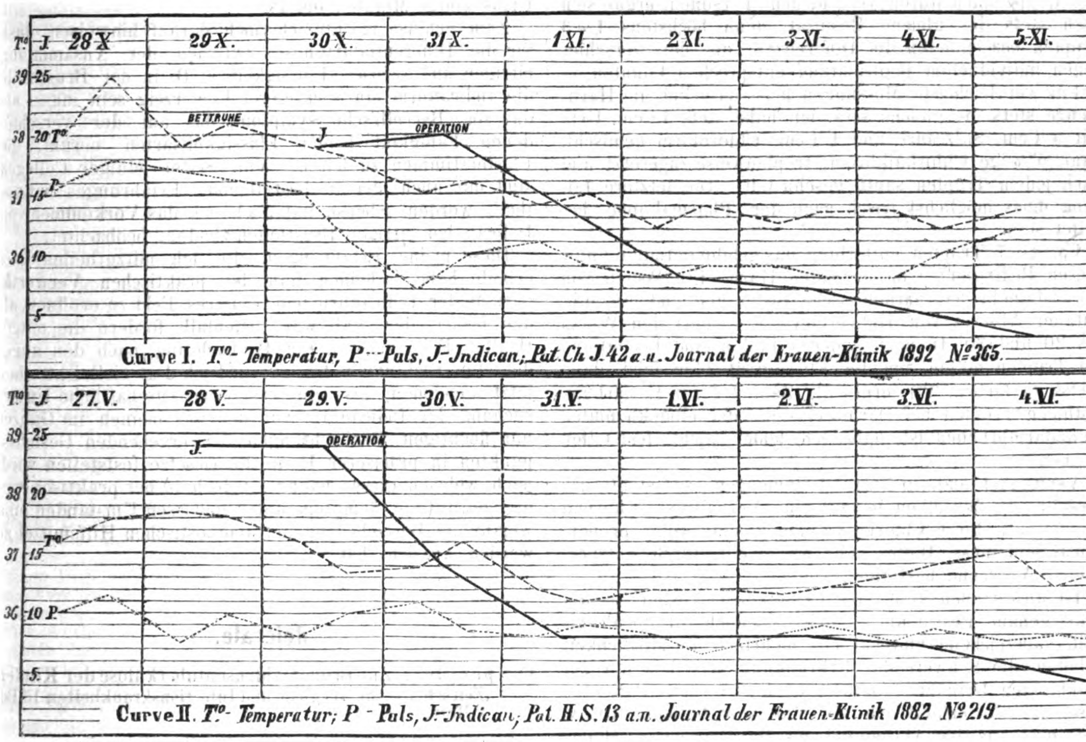
Will man nun die Indicanurie in dem angedeuteten Sinne zur Beurtheilung in Betracht kommender Processe verwenden, so darf natürlich der Darm und seine Function nicht unberücksichtigt bleiben; es steht fest, dass abnorme Darmfäulniss die Indicanurie pathologisch zu steigern im Stande ist, wenn auch nicht in jener präcisen Abhängigkeit vom Ort der Stauung wie Leichtenstern annimmt; denn Stauung im Dickdarm lässt den Dünndarm nicht leicht unbeeinflusst und so kann bei Störung im Dickdarm, abgesehen von der directen Resorption, auch indirect vom Dünndarm aus Indicanurie entstehen, deren Verwerthung im Sinne Leichtenstern's durch diese Möglichkeit wesentlich an Zuverlässigkeit verliert. Die nach dieser Richtung von mir ge-

machten Beobachtungen hat Zoege von Manteuffel in seiner Arbeit «Zur Diagnose und Therapie des Ileus» (Langenbeck's Archiv XLI H. 3) bereits erwähnt.

Im Uebrigen handelt es sich jedoch um so verschiedene Grade der Indicanurie bei den Processen, die ich vorher besprach, und den letztgenannten, schwersten Darmstörungen, dass diese beiden Krankheits-Gruppen hinsichtlich der Indicanurie völlig getrennt betrachtet werden können. Da es aber gerade die geringeren Grade sind, welche, den mitgetheilten Beobachtungen entsprechend, zu diagnostischer Verwerthung herangezogen werden können, so dürfen eben die geringeren Störungen der Darmfäulniss nicht ganz ausser Acht gelassen werden, will man die Indicanurie zur Diagnose eines Abscesses verwerthen. Aus diesem Gesichtspunkte kann man nun den Darm einerseits auf seine Functionen durch objective Untersuchung prüfen und etwaige Störungen schon nach entsprechenden Aussagen des Patienten ausschliessen, andererseits durch Darreichung eines Abführmittels oder sogar eines desinficirenden Mittels (Calomel, Bismuth) die in ihm etwa liegende Indicanquelle beseitigen.

Operationen, vor welchen der Darm sorgfältig gereinigt worden ist, (chirurgisch-gynäkologische Laparotomien) auf Grund der Indicanfreiheit des Urins eine vom Unterbindungs- und Nahtmaterial stammende Eiterung ausgeschlossen werden kann. Auch dafür stehen mir Beispiele zur Verfügung, in denen die Prognose der Convalescenz nach Ovariotomien trotz mehrtägiger Temperatursteigerungen günstig gestellt werden konnte, weil kein Indican nachweisbar war, und diese gute Prognose sich voll bestätigt hat, während in einem von Hennige (Arch. f. kl. Med. XXIII) beobachteten Fall einige Tage nach einer Ovariotomie beträchtliche Indicanmengen im Urin der Pat. auftraten und offenbar die, den bald danach eingetretenen Tod der Operirten bedingende, im Becken etablirte Stieleiterung annoncirt hatten.

Um nun dieses Symptom klinisch benutzen zu können, muss man eine, wenn auch nur annähernde, quantitative Bestimmung machen können, deren wichtigste Eigenschaft eine gewisse Einfachheit und Handlichkeit



Curve I. T°- Temperatur, P - Puls, J- Indican; Pat. Ch. J. 42 a. n. Journal der Frauen-Klinik 1892 № 365.

Curve II. T°- Temperatur; P - Puls, J- Indican; Pat. H. S. 13 a. n. Journal der Frauen-Klinik 1882 № 219.

Bleibt dann bei ungestörter Verdauung oder gar nach vorgenommener Entleerung oder Desinfection des Darmes die Indicanmenge annähernd dieselbe, so lässt das darauf schliessen, dass an einer anderen Körperstelle abnorme Eiweissfäulniss vor sich gehe, die namentlich bei eitrigen Erkrankungen Indol producirt, das resorbirt zu Indoxyl wird und als indoxylschwefelsaures Kali (Indican) im Urin erscheint. Die Indicanurie steht dann zum Umfang und zur Intensität des eitrigen Processes in geradem Verhältnisse.

Wie das Vorhandensein vermehrter Indicanurie demnach klinisch von Bedeutung sein kann, so kann oft das Fehlen von nicht geringerem Werth sein, indem z. B. nach

sein muss, damit der Kliniker auch ohne chemisches Laboratorium die Menge des Indicans ungefähr bestimmen kann. Die bisher angewandten Methoden sind deshalb unbrauchbar, weil sie zu schwierig in ihrer Anwendung sind und nur dem Chemiker vorbehalten bleiben.

Daher möchte ich vorschlagen, die qualitative Reaction nach Salkowski und Stokvis durch eine geringe Modification auch für eine, wie mir scheint, genügend scharfe Mengenbestimmung nutzbar zu machen. Mischt man eine bestimmte Menge Harn mit der gleichen Menge Acid. hydrochloric. conc., setzt einige Tropfen einer 5%-igen Lösung von Calcium hypochlorosum hinzu, so wird das Indican gespalten und durch Oxydation Indigoblau gebildet; dieser Farbstoff wird beim Schütteln mit vorher zugesetztem Chloroform von diesem aufgenommen und senkt sich schnell im Reagenzglase zu Boden.

Die Blaufärbung nimmt mit fortschreitender Oxydation d. h. mit jedem Tropfen der Chlorkalklösung zu, bis die

Oxydation des vorhandenen Chromogens eine vollkommene ist, dann zerstört ein Ueberschuss der oxydirenden Lösung die blaue Farbe. Die Intensität der Blaufärbung als Maasstab zu benutzen ist nicht möglich, da sich dieselbe nur bis zu einem gewissen Grade beurtheilen lässt und eine Reihe störender Momente vorhanden ist. Dagegen lässt die Entfärbung sich genau genug bestimmen, um darin eine genügend scharfe Grenze zu finden. Beginnt die Entfärbung sich zu zeigen, so genügen noch wenige Tropfen, um die Chloroformmenge völlig weiss werden zu lassen. Die Zahl der Tropfen also, die von der Chlorkalklösung aus einer gewöhnlichen Tropfflasche zugesetzt werden müssen, um alle Grade der Blaufärbung und der unmittelbar sich daranschliessenden Entfärbung zu erzielen, können als Maass der vorhandenen Indicanmenge dienen, da diese Zahl um so grösser sein muss, je mehr Indican vorhanden ist. Bei wiederholten Untersuchungen desselben Urins, auch durch verschiedene Personen, ergab sich doch stets das gleiche Resultat, denn höchstens 1—3 Tropfen bezeichneten die Differenzen, die der verschiedenen individuellen Beobachtung entsprechen konnten.

Für vergleichende Messungen muss natürlich die Harnmenge stets die gleiche sein; ich habe stets 3 Ccm. Urin mit 3 Ccm. Salzsäure und 1 Ccm. Chloroform gemischt, dann 5%-ige Chlorkalklösung tropfenweise zugesetzt und nach jedem Tropfen sanft geschüttelt. Die letztere Lösung muss möglichst frisch nach der Pharmakopoe bereitet sein.

Ca. 4—7 Tropfen entfärbten das gebildete Indigo unter diesen Bedingungen im normalen Harn. Ein Werth von 10 und mehr hat pathologische Bedeutung und ein subcutaner Abscess von Hühnereigrösse steigert den Werth bis 20 und 30. In noch anderen Fällen sind bis 60 und 80 Tropfen nöthig, um die Flüssigkeit blau und dann weiss zu färben. Wie gross die Zahl der zur Entfärbung nöthigen Tropfen bei Darmocclusion oder eingeklemmten Dünndarmbrüchen ist, habe ich leider nicht feststellen können.

Verwendet man grössere Urinmengen, so steht das Resultat zu denselben in geradem Verhältniss, während es concentrirteren Chlorkalklösungen umgekehrt proportional sein muss. Dieses habe ich leicht durch entsprechende Versuche bestätigen können.

Ist dieses auch keine den Chemiker befriedigende, absolut genaue Bestimmung, so ist sie doch für die Praxis völlig ausreichend und hat mir mehrfach die Möglichkeit geboten, die Schwere der Erkrankung aus dem mir zugeschickten Urin zu beurtheilen, ehe ich den Patienten gesehen. So erhielt ich ein Mal vom Collegen Dr. v. Gernet aus der Abtheilung des Dr. Zoege v. Manteuffel den Urin zweier Patienten mit der dazu notirten Diagnose «Karbunkel». In dem einen Fall fand ich Indican = 16, im anderen = 8; daraus durfte ich schliessen, dass die Grösse der Eiterhöhle entweder beim ersten bedeutender, als beim zweiten sei, oder aber, da beide als operirt bezeichnet waren, dass die Spaltung des Karbunkels bei dem einen vor längerer Zeit vorgenommen sei, als beim anderen. Die eingezogene Erkundigung ergab in der That, dass beide Schlüsse ihre Berechtigung hatten. Bei dem Patienten, dessen Indicanurie von mir auf 8 bestimmt war, war die Eröffnung des Herdes vor 48 Stunden, beim anderen (16) vor 24 Stunden vorgenommen worden, und ausserdem wurde mir der Karbunkel des Zweiten als umfangreicher bezeichnet. Hierzu will ich noch bemerken, dass man sogar die Eröffnung der Karbunkel aus den Zahlen 8 und 16 schliessen durfte, da ich nach den gemachten Erfahrungen behaupten kann ein Karbunkel, der diesen Namen mit Recht trägt, habe eine Indicanurie in der Höhe von wenigstens 25—30 zur Folge.

Es sei mir gestattet, noch einer Erfahrung aus meiner poliklinischen Praxis zu erwähnen, die einen weiteren praktischen Gesichtspunkt eröffnet. Vor einiger Zeit wurde mir die Erkrankung einer ca. 14 Tage vorher entbundenen Wöchnerin gemeldet — sie klagte über eine schmerzhafte Anschwellung in der Brust, nachdem vorher Schrunden an der Warze bestanden hätten, auch fühlte sie sich seit einigen Tagen im Allgemeinen krank. Die vorgenommene Indicanbestimmung an ihrem Urin ergab ein negatives Resultat; nach einigen Tagen jedoch zeigte sich Indican im Urin und als die Indicanmenge nach etwa 10 Tagen den Werth 20 erreicht hatte, konnte ich an der Brust eine deutlich fluctuirende Stelle nachweisen und die Incision liess dicken, gelbgrauen Eiter austreten. In solch einem Falle kann also der Arzt bei ausgedehnter Praxis ausserhalb einer Anstalt dem fern wohnenden Patienten zur rechten Zeit chirurgische Hilfe leisten, ohne ihn täglich mit grossem Zeitverlust besuchen zu müssen, wenn er nur zur Untersuchung des täglich zugeschickten Urins einige Minuten opfert.

Zum Schluss möchte ich noch darauf hinweisen, dass für die Differentialdiagnose zwischen der Ansammlung eitriger und seröser Flüssigkeit z. B. in der Brusthöhle die Indicanurie ein wichtigerer Fingerzeig sein muss, als das sog. Baccelli'sche Symptom, das auf der verschiedenen Fähigkeit beider Flüssigkeitsarten beruht, die Flüsterstimmen zu leiten. Von Seiten einiger Collegen sind mir auch hierfür bestätigende Erfahrungen mitgetheilt worden. Ebenso hat Jaksch das Vorkommen von Indican bei eitriger Brustfellentzündung beobachtet.

Diese meine Erfahrungen, die ich mitzutheilen mir erlaubt habe, scheinen nun der praktischen Verwerthbarkeit der Indicanurie ein weiteres Feld zu eröffnen, als das bisher der Fall war; jedenfalls fordern die mitgetheilten Fälle zu weiterer Beobachtung nach den angedeuteten Richtungen hin auf und ich darf vielleicht schon jetzt annehmen, dass eine exacte wissenschaftliche Untersuchung der Indicanurie von den aus meinen im Ganzen nur flüchtigen Beobachtungen sich ergebenden Gesichtspunkten in präciserer Form die Gesetze feststellen wird, nach welchen dieses häufige, jedoch bisher praktisch wenig gewürdigte Symptom unter gewissen Umständen eine werthvolle Bereicherung der diagnostischen Hilfsmittel zu werden Aussicht hat.

Referate.

C. Spengler: Zur Bronchialdrüsentuberkulose der Kinder. (Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten 13 Bd. 3 Heft).

Es ist bekannt, dass 15—16 pCt. aller Erwachsenen und 30 pCt. aller Kinder an Tuberkulose stirbt. Die vorliegende Arbeit hat nun den Zweck hinzuweisen, dass wohl mehr als die Hälfte aller Menschen tuberkulös sind, und wenn nicht diese alle daran sterben, so hängt das so zusammen, dass sie geheilt werden oder an anderen Krankheiten früher sterben, ehe die Tuberkulose sie getödtet hat.

Die Literatur ist sorgfältig benutzt. Es sei nur Pizzini hier angeführt, der 40 Leichen von Selbstmördern oder sonst plötzlich Verstorbenen darauf untersuchte. Bei 42 pCt. waren die Bronchialdrüsen tuberkulös, bei Zweien die Cervicaldrüsen, bei Keinem die Mesenterialdrüsen. Unter den Tuberkulösen waren robuste Männer, denen Niemand die Tuberkulose angesehen hätte.

Referent erinnert hier an die Mittheilungen von Simmonds, der im vorigen Herbste sehr viele Cholerasectionen in Hamburg ausgeführt und dabei ausserordentlich häufig (bis 30 pCt.?) als Nebenbefund Tuberkulose gefunden hatte, die während des Lebens nicht erkannt war.

Weiter zeigt Spengler, dass die Tuberkulose bei Kindern fast ausschliesslich in den Bronchialdrüsen beginnt und schliesst hieraus auf die fast alleinige Quelle der Infection durch die Athmung. Die Bacillen gelangen durch die Lymphbahnen, welche die Bronchialdrüsen mit dem submucösen Lymphnetz der Bronchien verbinden in jene und von da secundär in die Lungen. Geschahen die Sectionen mit wirklich genügender

Sorgfalt (Serienschnitte, Färbung der Drüsen, Impfexperimente) so erwiesen sich die Bronchialdrüsen immer — auch bei Meningealtuberkulose — als primäre Herde. Dringend geboten sei daher die antibacilläre Prophylaxe, wie sie Cornet gelehrt. «Man kann in der Prophylaxe der Infectionskrankheiten nie zu viel thun».

Eine wirksame Bekämpfung der Tuberkulose aller Bevölkerungsschichten ist nur durch antibacilläre Prophylaxe und die Frühtherapie der Tuberkulose möglich. Die letztere wurde bis heute ganz vernachlässigt, weil die Diagnose Schwierigkeiten machte. Jetzt ist das anders. «Bei richtiger Handhabung hält das Tuberkulin jeder diagnostischen Prüfung Stand; wir wären deshalb thatsächlich in der Lage, die Schwindsucht im Keime zu ersticken».

«Bronchialdrüsentuberkulose und Initialphthisen welche weder durch Bacillenbefund noch durch die physikalischen Untersuchungsmethoden erkannt und deshalb nicht behandelt werden, sind mit dem Tuberkulin leicht diagnosticirbar und heilbar. Wohl mehr als die Hälfte aller Menschen leiden, wie oben gesagt, an occulter Tuberkulose, erkranken im Laufe der Jahre zum Theil und gehen zu Grunde, während sie durch eine frühzeitige specifische Behandlung gerettet werden können».

«Das Vertrauen zu der diagnostischen Zuverlässigkeit des Tuberkulins hat unverständlicher Weise dadurch gelitten, dass alte autotuberkulinisirte Phthisiker nicht und klinisch latente Tuberkulosen stark reagirten». Masing.

F. Lehmann: Ueber einen Fall von Tuberkulose der Placenta. (Deutsche med. Wochschr. Nr. 9, 1893).

Die Frage, ob die Tuberkulose vorzugsweise durch das Einathmen der Tuberkelbacillen acquirirt wird, infolge dessen die Kinder Tuberkulöser besonders gefährdet sind, oder ob der Keim der Krankheit bereits auf den Foetus von der Mutter her übergeht, ist noch bis jetzt trotz eifrigster Beobachtung und zahlreicher Experimente nicht entschieden. Zwar ist der Uebergang von Tuberkelbacillen aus der Mutter auf den Foetus durch die Untersuchungen von Schmorl und Birch-Hirschfeld sicher bewiesen; indem diese Autoren in der Placenta, zwischen den Zottenepithelien, im Lumen durchschnittener Choriongefässe, sowie im Lumen capillarer Gefässe der foetalen Leber Tuberkelbacillen nachgewiesen haben, doch blieb immer noch die Frage unentschieden, wie findet dieser eventuelle Uebergang statt, können sich die Tuberkelbacillen in der Placenta festsetzen, dort specifische Veränderungen herbeiführen, infolge derer eine Invasion der Bacillen in die foetalen Blutbahnen (analog dem Durchbruche tuberkulöser Heerde in das Lumen benachbarter Gefässe) stattfinden könne. Lehmann ist es nun zum ersten Male gelungen thatsächlich anatomische Veränderungen in der Placenta einer an Miliartuberkulose verstorbenen Frau nachzuweisen. Die Placenta zeigte im Grossen und Ganzen ein normales Aussehen, doch bei genauerer Betrachtung bemerkte man auf der uterinen Fläche und tiefer im Gewebe vereinzelte, grau durchscheinende Knötchen von Hirsekorngrösse, die sich bei der mikroskopischen Untersuchung als typische Tuberkel erwiesen, auch fand Verf. in diesen Heerden Tuberkelbacillen; schwierig war zu entscheiden, ob die Heerde dem foetalen oder dem mütterlichen Antheil der Placenta zugehören. Verf. fand, dass sie inmitten der Chorionzottenschicht sassen, jedenfalls bereits in den Bereich des kindlichen Organismus übergreifend. In der Leber und in den Lungen des Foetus fand Lehmann an vielen Stellen heerdförmige Anhäufungen von Rundzellen, die sich jedoch nicht als typische Tuberkel erwiesen, auch waren hier keine Bacillen zu finden. Jedenfalls ist durch diesen Fall erwiesen, dass bei miliarer Tuberkulose der Mutter, auch bei Nichtbetheiligung von Darm und Peritoneum, eine tuberkulöse Erkrankung der Placenta in allen ihren Theilen vorkommt, so dass damit auch eine plausible Erklärung für den Uebergang der Tuberkelbacillen von der Mutter auf den Foetus gegeben ist. Abelmann.

Piatkowski (Krakau): Ueber die therapeutische Wirkung des Benzosols bei der Zuckerharnruhr. (Wiener klin. Wochschr. Nr. 51).

An 8 Diabetikern wurde das Mittel vom Verf. erprobt. Er bestimmte den Zuckergehalt des Urins (Filtrirung nach Fehling und Polarisationsmethode) bei gemischter Kost ohne Anwendung von Medicamenten, ferner bei Fleischkost und schliesslich bei Gebrauch von Benzosol. Die Tagesgaben waren ziemlich gross 1,5—3,0 pro die (grössere Dosen erzeugen leicht Diarrhoe). In allen 8 Fällen war die Wirkung des Mittels eine eclatante: die Harnmenge vermindert sich, ebenso sank das specifische Gewicht, der Zuckergehalt nahm bedeutend ab, in einzelnen Fällen wurde überhaupt der Urin zuckerfrei. Bei einem Diabetiker sank die Tagesmenge des ausgeschiedenen Zuckers von 78 gr. auf 0,172 gr. Auch der Allgemeinzustand wurde unter dem Einflusse des Benzosols viel besser, das Körpergewicht nahm zu. Die Wirkung dieses Mittels trat auch in veralteten und schweren Formen des Diabetes ein, und oft liess sich auch eine längere günstige Nachwirkung beobachten. Verf. ist der Meinung, dass die Wirkung des Benzosols auf eine Beeinflussung der Nervencentra zurückgeführt werden müsse. Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Hermann Vierordt: Anatomische physiologische und physikalische Daten und Tabellen zum Gebrauch für Mediciner. Zweite vollständig umgearbeitete Auflage. Jena, Verlag von Gustav Fischer 1893.

Dieses ausgezeichnete Werk hat in seiner ersten Auflage, die im Jahr 1888 erschien bekanntlich allgemeine Anerkennung gefunden und mit vollem Recht. Auch die vorliegende zweite Auflage bietet eine so imposante Fülle von «thatsächlichem» Material, das jeder Arzt immer und überall nöthig hat, dass man dem hochgeehrten Verfasser Bewunderung und Dank nicht versagen kann. Er erspart jedem wissenschaftlich thätigen Mediciner eine Menge Zeit und Mühe, indem er die in den verschiedensten Büchern und Zeitschriften zerstreuten Daten und Tabellen aus der gesammten Anatomie, Physiologie, Physik und einem grossen Theil der Pathologie und Klinik in leicht zu übersehender Form gesammelt, darbietet. Wenn man das Buch durchsieht, wird man immer wieder überrascht, selbst detaillirte Angaben aus Specialgebieten, die den Meisten fern liegen, zu finden. Um das Buch eingehend zu kritisiren, müsste man das ganze enorme in ihm aufgespeicherte wissenschaftliche Material durcharbeiten, was von einem Referenten wohl nicht verlangt werden kann und auch nicht nothwendig ist. Die Verantwortung für die einzelnen Angaben überlässt V. selbstverständlich den betreffenden Autoren. Reichliche Quellenangaben ermöglichen es Jedem, der es will, die Originalarbeiten nachzusehen. Somit erfüllt das Buch wohl alle, auch die weitgehendsten Wünsche, die von den verschiedensten Seiten an dasselbe gestellt werden könnten. Wir wünschen daher auch der zweiten Auflage weiteste Verbreitung in der ganzen medicinischen Welt. Wanach.

Prof. A. von Winiwarter: Die chirurgischen Krankheiten der Haut und des Zellgewebes. Deutsche Chirurgie. Lieferung 23. Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke, 1892.

In gleicher Vollständigkeit, wie in dem vorliegenden 754 Seiten umfassenden Buch, dürften die chirurgischen Krankheiten der Haut wohl bisher nirgends bearbeitet worden sein. Aber nicht nur die Vollständigkeit, sondern ebenso die Art, wie dieses praktisch so sehr wichtige Gebiet von W. behandelt wird, ist durchaus zu rühmen. Ausgiebige Benutzung der Literatur (das eng gedruckte Literaturverzeichniss nimmt 26 Seiten ein) und richtige Kritik, zu der reiche praktische Erfahrung und hervorragende Beobachtungsgabe den Verf. vollauf berechtigen, geben dem Leser die Ueberzeugung, dass er in dem Werk zuverlässig alles zur Zeit Wissenswerthe findet. Der Inhalt ist in 7 Abschnitte getheilt: der 1. behandelt die Verletzungen der Haut, der 2. die Anomalien der Blutvertheilung in der Haut, der 3. die acuten Entzündungen, der 4. die Gangrän, der 5. die chronischen Entzündungen der Haut (hier ist das Kapitel über die Geschwüre besonders lobend hervorzuheben), der 6. die Neubildungen, der 7. die Fremdkörper der Haut. Auf Einzelheiten einzugehen würde zu weit führen. Dass jeder Chirurg das Werk lesen wird, davon ist Ref. überzeugt, aber auch die praktischen Aerzte, besonders die Landärzte werden aus ihm grossen Nutzen ziehen. Die Ausstattung ist ebenso schön, wie bei allen von Enke herausgegebenen Büchern. Wanach.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Durch Probeexcision und mikroskopische Untersuchung sicher diagnosticirte Epitheliome des Gesichts hat Lassar durch systematischen Gebrauch von Arsen subcutan und innerlich zur Heilung gebracht. Es trat erst Stillstand im Wachsthum, dann allmählich Ueberhäutung ein. Die Fälle, von denen vor der Behandlung eine plastische Nachbildung gemacht worden war, wurden in der Berl. med. Gesellschaft vorgestellt. (D. med. Woch.)

— Goenner empfiehlt als ebenso zuverlässiges, wie einfaches Mittel gegen Frostbeulen den Heftpflasterverband, am besten aus dem amerikanischen Heftpflaster, das besser hält. Der Verband wird fest angezogen und bleibt wenigstens 3 Tage liegen.

(Corresp. f. Schweizer Aerzte Nr. 3).

Vermischtes.

— Am 5. April beging der emeritirte Oberarzt des hiesigen Marien-Magdalenen-Hospitals, Geheimrath Dr. Carl v. Lingen, welcher zu den ältesten und angesehensten Aerzten der Residenz gehört, das 50-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. Dem Wunsche des Jubilars gemäss wurde von einer öffentlichen Feier abgesehen, jedoch hatten sich zahlreiche Freunde, Collegen und Patienten in der Wohnung des Jubilars eingefunden, um ihm ihre Glückwünsche darzubringen. Am Abend des Festtages fand sodann im deutschen ärztlichen Vereine, dessen Präsident der Jubilar gegenwärtig noch ist, eine Feier im engsten Kreise statt.

Wir unsererseits schliessen uns mit Freuden den zahlreichen Collegen an, welche den Jubilar an seinem Ehrentage beglückwünschten.

Was den äussern Lebensgang Dr. v. Lingens anbelangt, so wurde er am 18. Juli 1817 zu St. Petersburg geboren und erhielt seine medicinische Ausbildung in Dorpat (1835–37), Berlin und St. Petersburg, wo er auch an der medico-chirurg. Academie die Doctorwürde erlangte. Am 5. April 1843 begann er seinen Dienst als ausseretatmässiger Ordinator am hiesigen Peter-Paul-Hospital, ging aber bald zum Marien-Magdalenen-hospital über, an welchem er 46 Jahre thätig war, anfangs als jüngerer, dann als älterer Ordinator und die letzten 27 Jahre als Oberarzt. Im October 1889 trat er in den Ruhestand. Einige Zeit ist L. auch Arzt des St. Petersburger Zollamtes und Director des St. Wladimir-Asyls hierselbst gewesen.

Seine langjährige, nutzbringende Thätigkeit hat auch vielfach Anerkennung gefunden: Er ist Inhaber des Stanislaus-Ordens I. Classe, Annen Ordens I. Classe und des Wladimir-Ordens II. Classe, im Jahre 1883 erhielt er den Geheimrathtitel und mehrmals ist ihm das Allerhöchste Wohlwollen eröffnet worden.

— Verstorben: 1) Am 20. März in Kasan der emeritirte Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie der dortigen Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Alexander Koslow, im Alter von 76 Jahren. Der Verstorbene stammte aus Orenburg, studirte anfangs in Kasan und trat dann als Arzt II. Classe in die Dorpater Universität ein, wo er von 1837—42 seine medicinischen Studien fortsetzte und im Jahre 1848 die Doctorwürde erlangte. K. war anfangs Arzt am Krankenhause in Berditschew, darauf Professor an der Universität Kasan und zugleich Oberarzt am Hospital des Collegiums der allgemeinen Fürsorge daselbst. Der Hingeschiedene galt seiner Zeit als ein talentvoller Lehrer und tüchtiger Arzt. 2) Am 20. März der Landschaftsarzt des Jekaterinoslawschen Gouvernements Michael Zaleski im 58. Lebensjahre an der Lungenentzündung. Der Verstorbene, welcher früher Gutsbesitzer im Charkowschen Gouvernement war, hat eine Zeitlang auch als Friedensrichter und Stadtverordneter in Charkow fungirt. 3) In Minsk der dortige freiprakticirende Arzt F. Werenko im 31. Lebensjahre. Der Verstorbene beschäftigte sich neben seiner Praxis eifrig mit archäologischen Studien. 4) In dem Hakelwerk Pokrowskaja (Gouv. Ssamara) der Eisenbahnarzt M. W. Zarembo. 5) Am 24. März in Astrachan der dortige Arzt Alex. Wadenyk. 6) und 7) die jüngeren Militärärzte Ostrowidow und W. Botschkowski, 35 Jahre alt. 8) Am 11. März in Zarizyn die Aerztin Ljubow Mitschurina an Morbus Brighti, 9) Der Professor der Chirurgie an der Universität Utrecht. Dr. Salzer, ein Schüler Prof. Billroths. Er stürzte sich auf der Reise nach Wien begriffen, in Dresden aus dem 3. Stockwerk eines Hôtels, war aber nicht sofort todt, sondern richtete sich noch auf und brachte mit einem Federmesser sich einen Schnitt in den Hals bei, worauf er erst starb. Man hatte schon seit einiger Zeit Anzeichen von Melancholie an ihm bemerkt.

— In Rostock ist der bekannte Kinderarzt und Prof. extraord. der Hygiene an der dortigen Universität Dr. Uffelmann, zum Honorarprofessor ernannt worden.

— Die durch den Tod Prof. Meynerts erledigte Direction der ersten psychiatrischen Klinik in Wien ist Prof. v. Krafft-Ebing übertragen worden, an dessen Stelle zur Leitung der 2. psychiatrischen Klinik Prof. Karl Wernicke (ein Schüler von Prof. Westphal) aus Breslau berufen worden ist.

— In Heidelberg ist der Privatdocent für Anatomie und Entwickelungsgeschichte Dr. Friedr. Maurer zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

— Herzog Karl Theodor von Bayern hat am 7. April n. St. in seiner Augenheilanstalt in München die 2000 Staaroperation ausgeführt, wobei seine Gemahlin Herzogin Karl und die Herzogin Sophie ihm hülfreiche Hand leisteten. Bei dieser Gelegenheit war der Operationssaal von den Schwestern der Anstalt festlich geschmückt und es waren mehrere Münchener Professoren und Aerzte bei der Jubiläumsoperation zugegen. Die 1000. Staaroperation hat Herzog Karl Theodor am 3. Juli 1889 ausgeführt.

— Die St. Petersburger Pharmaceutische Gesellschaft begeht am 21. September d. J. das 75-jährige Jubiläum ihres Bestehens.

— Die Landschaftsärzte des St. Petersburger Gouvernements, welche vor Kurzem behufs Berathung der gegen die Cholera zu ergreifenden Maassregeln hier versammelt waren, haben den Pokrowschen Collegen, die durch das beleidigende Gebahren des Pokrowschen Landschaftspräsidenten Poliwanow sich veranlasst gesehen, den Dienst zu quittiren (cfr. Nr. 11. S. 102 d. Wochenschr.) auf telegraphischem Wege ihre volle Sympathie ausgedrückt.

— Wie ein Correspondent der «Russkaja Shisn» aus Kerensk (Gouv. Pensa) mittheilt, hat das Landschaftsamt des Kerenskschen Kreises den Dr. Frinowski, welcher 15 Jahre der Landschaft redlich gedient hat und die allgemeine Zuneigung der Bevölkerung sich erworben hat, plötzlich aus dem Dienst entlassen und statt seiner Dr. Sucher angestellt. Die Einwohner von Kerensk sind jedoch für ihren beliebten Arzt eingetreten und haben einen fast von sämmtlichen Bürgern der Stadt unterzeichneten Protest eingereicht. (Wr.)

— Graf Anatol Orlow-Dawydow hat dem hiesigen Institut für experimentale Medicin 50,000 Rbl. übergeben mit der Bestimmung, dieselben zur Bekämpfung der Rinderpest zu verwenden.

— (XXII. Chirurgencongress). Am 12. April n. St. fand in Berlin die Eröffnung der 22. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Chirurgie durch den derzeitigen Vorsitzenden Prof. König (Göttingen) mit einer Ansprache statt, in welcher er zunächst der im verflossenen Jahre verstorbenen Mitglieder (unter ihnen Generalarzt Dr. Roth (Dresden), Axel Iversen (Kopenhagen) Mac Leod (Glasgow). Prof. Salzer (Utrecht)) gedachte. Hierauf berichtete derselbe über den gegenwärtigen Vermögensstand der Gesellschaft und gedachte bei dieser Gelegenheit rühmend der Verdienste Prof. v. Bergmann's um die Gründung des Langenbeckhauses. Die Versammlung ehrte diese Verdienste Prof. v. Bergmann's durch Erheben von den Sitzen. Die Gründung einer Bibliothek ist durch die der Gesellschaft überwiesene Bibliothek v. Langenbeck's und andere Schenkungen ermöglicht worden. Zum Schluss besprach der Vorsitzende noch die Maassnahmen gegen die wilden Referate über die Verhandlungen des Congresses in der Tagespresse. Solche oft übertriebene oder halbverdaute Mittheilungen in der politischen Presse haben oft zu grosser Beunruhigung des Publicums geführt, manchmal sind sie auch zu tendenziösen Entstellungen und zur Reclame benutzt worden Der Ausschuss hat daher beschlossen, vom nächsten Jahre an ein Bureau einzurichten, vom dem aus für die Presse officielle Referate über die Verhandlungen des Congresses zugänglich gemacht werden sollen. Die Oeffentlichkeit der Verhandlungen des Congresses soll nach wie vor gewahrt und der Besuch der Sitzungen Nichtmitgliedern ohne Erheben von Eintrittsgeldern auch fernerhin gestattet werden. In den darauf vorgenommenen Wahlen wurde Prof. Czerny (Heidelberg) zum zweiten Vorsitzenden gewählt und das Bureau durch Acclamation wiedergewählt. Die wissenschaftlichen Verhandlungen begannen mit einem Vortrage Prof. v. Bergmanns über «Exstirpation einer Geschwulst der Leber» (mit Krankenvorstellung). Es schloss sich daran noch eine ganze Reihe weiterer Vorträge von verschiedenen Chirurgen. In dieser ersten Sitzung erstattete auch Prof. Gurlt (Berlin) Bericht über die Sammelforschung zur Narcotisirungs-Statistik.

— Der von ungefähr 300 Theilnehmern besuchte XII. Congress für innere Medicin in Wiesbaden wurde von dem d. z. Vorsitzenden Prof. Immermann (Basel) ebenfalls am 12. April n. St. eröffnet. Einen Bericht über denselben bringen wir in der nächsten Nummer.

— Die officiellen Nachrichten über die Cholera in Russland, welche vom 27. März bis 2. April dem Medicinaldepartement zugegangen sind, beziehen sich auf 10 Gouvernements. An der Spitze steht in Bezug auf Intensität der Epidemie noch immer Podolien, wo vom 1—15. März 460 Personen erkrankt und 120 gestorben sind. (In Podolien sind, wie wir der «Podolischen Gouvernements-Zeitung» entnehmen, vom ersten Auftreten der Cholera bis zum 16. März 8223 Pers. erkrankt, 5212 genesen, 2866 gestorben und in Behandlung verblieben 145 Personen. Am stärksten herrscht die Seuche gegenwärtig im Kamenez'schen Kreise, in welchem 41 Punkte ergriffen sind, sodann im Brazlaw'schen und Winniza'schen Kreise. In den übrigen 9 Kreisen Podoliens sind in den letzten Wochen keine Choleraerkrankungen vorgekommen.) Verhältnissmässig stark herrscht die Cholera noch im Gouv. Ufa, wo vom 15. März—1. April 113 erkrankten und 35 Pers. starben. Aus den übrigen 8 Gouvernements werden nur vereinzelte Cholerafälle aufgeführt und zwar aus den Gouvernements Charkow (5 Erk., 2 Todesf. v. 22. Febr.—9. März), Tobolsk (3 Erkr., 1 Todesf.), Nishni-Nowgorod (2 resp. 1), Orel (Stadt Orel 2 resp. 1), Kasan, Ssamara, Tula und dem Gebiet der donischen Kosaken.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 28. März d. J. 6115 (301 weniger als in der Vorwoche), darunter 156 Typhus — (3 weniger), 600 Syphilis — (72 weniger), 61 Scharlach — (3 weniger), 6 Diphtherie — (2 weniger), 10 Masern — (5 weniger) und 24 Pockenkranke — (3 weniger als in der Vorw.).

— Am 4. April d. J. betrug die Gesammtzahl der Kranken 6014 (101 weniger als in der Vorwoche), darunter 157 Typhus — (1 mehr), 504 Syphilis — (96 weniger), 52 Scharlach — (9 weniger), 8 Diphtherie — (2 mehr), 10 Masern — (=) und 28 Pockenkranke (4 mehr als in der Vorw.).

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Melenki (Gouv. Wladimir). Gehalt 1200 R. Adresse «Меленковская Земская Управа».

2) Zwei Landschaftsarztstellen in der Stadt Jelnja (Gouv. Smolensk) Geh. 1000 R. Adresse: «Городъ Ельна, въ Земскую Управу».

3) Landschaftsarztstelle im Kreise Bugurusslan (Gouv. Ssamara). Gehalt 1200 R. Adresse «Бугурусланская Земская Управа.»

4) Landschaftsarztstelle im Kreise Kerensk (Gouv. Pensa). Geh. 1200 Rbl. nebst freier Wohnung. Adresse «Керенская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 28. März bis 3. April 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
374	270	644	137	53	64	13	9	25	71	72	48	54	49	35	11	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 4, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 2, Scharlach 9, Diphtherie 4, Croup 2, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 41, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 120, Tuberculose anderer Organe 11, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 41, Marasmus senilis 26, Krankheiten des Verdauungscanals 73, Todtgeborene 29.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 13. April 1893.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 3. Mai 1893.

BAD LANGENSCHWALBACH,

(Stadt in Taunus), Regierungsbezirk Wiesbaden, **300** Met. über dem Meer. Verbindungen: durch Eisenbahn mit Wiesbaden 1 St., durch Wagen mit Eltville a. Rh. und Zollhaus 2 Stunden.

Stärkste reine Eisenquelle, grosser Gehalt an Kohlensäure.

Trinkquellen: **Wein- und Stahlbrunnen, Stahl-** und **Moorbäder** in der Königl. Badeanstalt und Privatanstalten.

Die Höhenlage, die waldreiche Umgebung und das dadurch bedingte erfrischende Gebirgsklima erheben **Langenschwalbach** gleichzeitig zu einem der **vorzüglichsten Luftkurorte.**

Weitläufige Promenaden mit Spielplätzen, Lawn-Tennis, Kursaal, Lesesäle, Concerte, Reunions. Ausflüge nach dem Rhein, Aarthal, Wisperthal. Wohnungen in grosser Auswahl sowohl in Hotels. als in Privathäusern (Villen), Post, Telegraph, Zollamt, Bankgeschäfte, amerik. Consular-Agentur. Eröffnung der Saison am 1. Mai. Nähere Auskunft ertheilt die **städtische Kurverwaltung** (Bürgermeisterei). Prospecte gratis. Als **Hotels ersten Ranges** sind nachfolgende in alphabetischer Ordnung verzeichnete Häuser zu empfehlen: **Alleesaal, Herzog von Nassau, Metropole, Quellenhof, Taunus.** (39) 3—1.

Verlag von GEORG THIEME in Leipzig.

Soeben erschienen:

Die Geschichte der Diphtherie.

mit besonderer Berücksichtigung der Immunitätslehre.

Von

Stabsarzt Professor Dr. Behring.

Ladenpreis 4 Mark.

Diagnostik und Therapie

der

Magenkrankheiten.

Nach dem heutigen Stande der Wissenschaft bearbeitet von

Dr. J. Boas.

Specialarzt für Magen- und Darmkrankheiten.

Theil II.

Specielle Diagnostik und Therapie

mit 8 Holzschnitten. — Ladenpreis 8 Mark.

Psychiatrische Vorlesungen

Von

V. Magnan. Deutsch von **P. F. Möbius.**

Heft IV/V. Ladenpreis 2,50 Mark. (37) 1—1.

ICHTHYOL

Dasselbe wird von Klinikern und vielen Aerzten auf's wärmste empfohlen und steht in Universitäts- sowie städtischen Krankenhäusern in ständigem Gebrauch.

Wissenschaftliche Abhandlungen über ICHTHYOL nebst Receptformeln versendet gratis und franco die

Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermanni & Co.,

Hamburg. (30) 3—2

BAD EMS (38) 12—1.

Quehl's Inhalatorium für Erkrankungen der Athmungsorgane.

Apparate nach Jahr, Mathieu, Waldenburg, Wassmuth, (Zimmerzerstäubung—neu in Ems) für Sauerstoff nach Heyer, etc. Bedeutend vergrössert und vom 15. Apr.—15. Oct. geöffnet. Special-Verordnung eines mit den Wirkungen der div. Apparate vertrauten Arztes erforderlich.

Auskunft u. Prospecte stehen gern zur Verfügung. **Die Direction.**

Bad Homburg

1/2 Stunde von Frankfurt a. M.

in hoher Lage am Taunusgebirge. Neues Kurhaus. Kochsalz und kohlensaure Mineralwasserbäder, Kiefernadel- und Moorbäder. Kaltwasser-Heilanstalt. Heilgymnastische Institute, Massage, Elektrotherapie. Inhalatorium. Molkenanstalt.

Winterkur. Elegantes Kurhaus mit grossartig. **Luftkurort ersten Ranges.** Park, Lawn-Tennis etc. Vorzügliches Orchester; Theater, Réunions, Illuminationen. — Mineralwasser-Versandt in stets frischer Füllung während des ganzen Jahres. (36) 6—1.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

E. van der Vliet, Прядильный переулокъ, д. № 8, кв. 21.

Friederike Karlowna Simbill, Вас. Остр. 14 л. № 51.

Marie Mohl, Вас. Остр. 1 л. д. № 44, кв. 3

Pauline Gebhardt, Вас. Остр. Б. просп. № 5, кв. 18.

Sophie Jordan, Вас. Остр., 10 лин. д. 11 кв. 9.

Frau **Marie Kubern**, Мойка 84, кв. 19 напротивъ реформатской церкви.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

Ida Belajew. Казанская № 52, кв. 24.

M. Winkler, Моховая ул. д. 29, кв 5, bei Frau Ewald.

А. А. Щукина, Поварской пер., д. 17, кв. 6.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Melanie Tromberg, Вас. Остр., 4 лин. № 19, кв. 6.

Дозв. ценз. Спб. 9 Апр. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 16 St. Petersburg, 17. (29.) April **1893**

Fünfter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der fünfte Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte findet in Dorpat statt und währt vom 1.—3. September dieses Jahres.

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht überschreiten darf, werden die Herren Aerzte ersucht, unter genauer Angabe des Themas und kurzer Wiedergabe des Inhalts baldmöglichst bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes:
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Fellin.

Bad Nauheim und die Behandlung der chronischen Herzkrankheiten.

Von

Med.-Rath Dr. Groedel.

Seit dem ersten Erscheinen von Oertel's Handbuch der allgemeinen Therapie der Kreislaufsstörungen hat die Gesammtheit der Aerzte eigentlich erst angefangen, sich mehr mit der physikalisch-diätetischen Behandlung der chronischen Herzkrankheiten zu beschäftigen. Wenn ich es nun unternehme, an dieser Stelle über ein bestimmtes Kapitel aus diesem Gebiete, nämlich über die Balneotherapie der Störungen des Blutkreislaufes zu referiren und speciell über die in Nauheim übliche Methode derselben, so thue ich dies in der Voraussicht, dass es für manchen Leser dieser Zeitschrift von Interesse sein dürfte, Näheres über ein therapeutisches Verfahren zu hören, dessen Bedeutung unter den Aerzten Deutschlands allgemein anerkannt ist und das in neuerer Zeit auch bei den ausländischen Collegen mehr und mehr die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken beginnt. Ich werde dabei reichlich Gelegenheit haben, auch alle übrigen Theile der allgemeinen Therapie der betreffenden Krankheiten (Gymnastik, Terrainkuren etc.) zu berühren und die Ansichten mitzutheilen, welche ich mir auf Grundlage eines ungewöhnlich grossen Krankenmaterials während einer nahezu zwanzigjährigen Thätigkeit in Nauheim darüber gebildet habe.

Ich beginne mit einer Wiedergabe des historischen Ganges der Entwicklung fraglicher Sache, einestheils weil darin schon manches Aufklärende und Belehrende über das Wie und Warum unserer Methode liegt, dann aber auch um den Verdiensten Beneke's[1] um die Einführung dieser Behandlungsweise in die Therapie der chronischen Herzkrankheiten Gerechtigkeit wiederfahren zu lassen und die hierüber durch anderweitige Publicationen entstandenen irrigen Ansichten klar zu stellen.

Während man früher bei Patienten mit Herzkrankheiten jede Badebehandlung für contraindicirt hielt und diese Ansicht auch noch in den älteren Schriften über Nauheim vertreten ist, finden wir bereits in dem ersten Werke Beneke's über Nauheim[2] ein davon abweichendes Urtheil. Unter den ihm innerhalb zweier Jahre zur Behandlung gekommenen Rheumatikern befanden sich vier mit «organischen Herzleiden» und er knüpft an die Mittheilung dieser Fälle folgende Bemerkung: «bei keinem derselben trat auch nur eine einzige Erscheinung auf, welche die regelmässige Fortsetzung des Bades als unrathsam erscheinen liess. Ich bin im Gegentheil zu der Ueberzeugung gelangt, dass das Soolbad in einzelnen Fällen im Stande ist, wenn nicht eine Besserung der organischen Läsion herbeizuführen, doch Verschlimmerungen und Recidive zu verhüten;» ferner: «Ich werde keinen Augenblick anstehen, Herzleidende, die in Folge von Rheumatismus ihr Leiden acquirirten, baden zu lassen, und glaube, dass das Bad für dieselben nicht ohne Nutzen ist».

In einem zwei Jahre später erschienenen Buche[3] aber

---

[1]) Von 1857 bis zu seinem Tode — 1883 — Badearzt in Nauheim, von 1866 an gleichzeitig Prof. der allgem. Pathologie und patholog. Anatomie an der Universität Marburg.

[2]) Ueber Nauheims Soolthermen und deren Wirkungen auf den gesunden und kranken menschlichen Organismus. Marburg 1859.

[3]) Weitere Mittheilungen über die Wirkung der Soolthermen Nauheims. Marburg 1861.

finden wir Folgendes: «Schliesslich gedenke ich noch der Herzkranken, bei denen man früherhin das Soolbad, und insonderheit das kohlensäurehaltige Soolbad, wohl allgemein für bestimmt contraindicirt hielt. Ich habe mich in Betreff derselben, und namentlich derer, die in Folge eines Gelenkrheumatismus ein Herzleiden acquirirten, schon auf pag. 257 meiner grösseren Arbeit ausgesprochen. In den beiden verflossenen Jahren sind mir 4 neue und exquisite Fälle von Mitral-Insufficienzen und Stenosen an dem entsprechenden Ostium vorgekommen. Dieselben haben in vollem Maasse meine früheren Angaben bestätigt. Diese Kranken vertragen das Nauheimer Thermalsoolbad in verdünntem und mitunter selbst in unverdünntem Zustande ganz vortrefflich, ohne jedwede so sehr gefürchtete «Aufregung», ohne die Erscheinung congestiver Zustände in Lungen, Leber oder Gehirn u. s. w., während sich das Allgemeinbefinden sehr wohl durch Bad und Brunnen in derselben Weise und in gleichem Grade bessert, wie solches bei den Rheumatikern ohne Herzfehler der Fall ist. Ja, ich komme nach den vorliegenden Erfahrungen mehr und mehr zu der Ansicht, dass wir vielleicht in den kohlensäurehaltigen Soolbädern und Sool-Trinkquellen ganz ausgezeichnete, kaum mit einem andern vergleichbare Heilmittel besitzen; denn werden sie auch schwerlich die Bindegewebsneubildungen, Verschrumpfungen u. s. w. an den Klappen des Herzens hinwegzuschaffen vermögen, sie beugen den Recidiven der Endocarditiden, der weiteren Disposition zu rheumatischen Erkrankungen vor, und ein solches Erringen wird heutigen Tages nur um so mehr Augenmerk des Therapeuten sein müssen, als uns Jaksch neuerdings in so interessanter Weise mit den natürlichen Ausgleichungsvorgängen bei Herzklappendefecten bekannt gemacht hat. Meine Erfahrungen sind nur erst auf die geringe Anzahl von im Ganzen 8 Herzkranken basirt, aber dieselben geben mir hinreichenden Grund, auf die Bedeutung des Soolbades für dieselben in weiteren Kreisen aufmerksam zu machen».

1870 veröffentlichte Beneke seine erste grössere Arbeit über diesen Gegenstand[4]) und jetzt erst kamen Herzkranke, namentlich Rheumatiker mit Herzfehlern zahlreicher nach Nauheim. In einer 1872 erschienenen Monographie[5]) konnte Beneke bereits von 101 Fällen sprechen, von welchen er 55 ausführlich mittheilte. Den Hauptantheil an dem günstigen Erfolg, welchen er bei seinen Patienten nach der Badekur sah, schrieb B. der «antirheumatischen» Wirkung der Bäder zu, indem er annahm, dass in frischen Fällen durch den resorptionsbefördernden Einfluss der Bäder, wie er sich gegenüber anderweitigen Producten rheumatischer Entzündungen äussert, auch die an dem Herzklappenapparat gesetzten Veränderungen günstig beeinflusst werden könnten. Ferner sah er in der Vorbeugung vor Recidiven des acuten Gelenkrheumatismus durch wiederholte Badekuren einen Hauptvortheil derselben auch gegenüber dem durch einen solchen entstandenen Herzfehler, indem Verschlimmerungen derselben dadurch verhütet würden, eine Ansicht, die wir auch heute noch voll und ganz zu Recht bestehend erachten müssen. Dadurch dass Beneke diese Betrachtungen sehr in den Vordergrund seiner Arbeiten stellte, ist die irrige Meinung entstanden, als ob er einzig und allein hierin die gute Wirkung der Bäder bei Herzkranken erblickt und dieselben nur bei Herzkrankheiten, die in Folge eines acuten Gelenkrheumatismus entstanden seien, womöglich nur für ganz frische Fälle als indicirt bezeichnet habe. Wenn wir aber die in seiner Monographie mitgetheilten Fälle durchgehen, so finden wir, dass es sich dabei nur um sehr wenige frisch entstandene Herzklappenfehler nach Rheum. art. acut. handelt; bei weitem die Mehrzahl sind solche, welche allerdings — wie dies ja bei Klappenfehlern überhaupt der Fall ist — als Folge eines acuten Gelenkrheumatismus anzusehen sind, aber schon sehr lange Zeit, zum Theil viele Jahre bestanden haben, und wir finden auch eine Anzahl solcher, bei welchen nie von Rheumatismus die Rede war. Auch ein Fall von Hypertrophia cordis ohne Erkrankung des Klappenapparates wird schon aufgeführt. Ausdrücklich aber sagt er in jener Monographie: «als dritte Hauptwirkung des Bades tritt der regelmässig beruhigende Einfluss hervor, welchen dasselbe auf die Herzthätigkeit ausübt», und für solche Fälle, bei welchen zu Hause die Compensation nicht erzielt werden kann, möchte er in die Reihe der Mittel, welche in Frage kommen könnten, an erster Stelle das Bad aufgenommen sehen (l. c. Ste 48).

Noch deutlicher spricht er sich in dieser Beziehung in einer 1875 erschienenen Arbeit aus. Dort heisst es wörtlich: «Ein vierter Punkt, auf welchen ich die Aufmerksamkeit lenken muss, ist die oft auffallende Förderung der Compensation der Circulationsstörung, sowie die wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens, welche die in Frage stehenden Kuren herbeiführen. Es ist wohl zweifellos, dass solche oft auch ohne Soolbadekuren erreicht werden. Aber ich glaube mich nicht darin zu täuschen, wenn ich den letzteren in dieser Beziehung einen ganz besonders heilsamen Einfluss zuschreibe und von einer Anzahl von Kranken kann ich geradezu behaupten, dass dieser heilsame Einfluss durch keine andere bisher angewandte Behandlung erreicht wurde.»

Somit ist es das unbestreitbare Verdienst Benekes, zuerst gezeigt zu haben, dass Herzkranke nicht nur eine Badekur vertragen, sondern auch eine wesentliche Besserung ihres Leidens durch eine solche erfahren. Alle später erschienenen Arbeiten hierüber hatten nur die Aufgabe, auf der von ihm geschaffenen Grundlage weiter zu bauen, durch wissenschaftliche Untersuchungen und fortgesetzte sorgfältige Beobachtungen an einem von Jahr zu Jahr steigenden Krankenmaterial nach einer näheren Erklärung der eigenthümlichen günstigen Einwirkung unserer Bäder bei Herzkranken zu forschen, die Behandlung zu vervollkommnen und auf Grund reicherer Erfahrungen die Indicationen zu präcisiren.

Zunächst veröffentlichte ich eine Arbeit 1878[6]), in welcher ich an einem einzelnen sehr bezeichnenden Falle zeigte, wie unter Umständen das kohlensäurehaltige Thermalsoolbad bei Herzkranken dieselbe Wirkung entfalte, wie Digitalis, und in welcher zum ersten Mal davon die Rede war, dass durch die Bäder «die Energie der Herzaction gesteigert werde», was in einer zwei Jahre später erschienenen Arbeit der im Jahre 1886 verstorbene August Schott dahin ausdrückte, «dass die Badekur ein Tonicum ersten Ranges für das geschwächte Herz sei.»[7]). Uebrigens kann ich aus Erfahrungen im persönlichen Verkehr mit Beneke, dessen langjähriger Vertreter ich an den Tagen, an welchen er seiner Vorlesungen wegen in Marburg anwesend sein musste, war, hinzufügen, dass auch er sich oft dahin aussprach, dass neben der antirheumatischen Wirkung der Bäder deren allgemein tonsirende und speciell das Herz kräftigende Wirkung die günstigen Erfolge bei fraglichen Krankheiten zu Stande bringe und unter seinen Kranken, von welchen viele auch zeitweise meiner ärztlichen Obhut unterstellt waren, befanden sich schon alle Arten von Herzaffectionen.

[4]) Berlin. klin. Wochenschr. 1870. Nr. 22.

[5]) Zur Therapie des Gelenkrheumatismus und der ihm verbundenen Herzkrankheiten. Berlin. Hirschwald 1872.

[6]) Groedel: Ein Beitrag zur Behandlung der Lähmungen bei Apoplektikern mit Herzfehler. Berl. klin. Wochenschrift. 1878. Nr. 10.

[7]) Aug. Schott: Die Wirkung der Bäder aufs Herz. Berl. klin. Wochenschr. 1880. Nr. 20.

Es galt nun, die empirisch-festgestellte und von allen Nauheimer Aerzten bestätigte Thatsache der tonisirenden Wirkung unserer Bäder bei Herzkranken dahin zu erforschen, wie dieselbe bewirkt werde, resp. welche physiologischen Vorgänge dabei mitspielten. Diese Frage zu lösen war der Zweck einer weiteren Anzahl von Arbeiten[8]). In denselben hatte man sich zum Theil die Aufgabe gestellt, den Einfluss auf das gesunde und kranke Herz, wie er sich während des einzelnen Bades und unmittelbar nach demselben ergiebt, zu ermitteln und in seine Einzelheiten zu zerlegen; theils suchte man die Wirkung der Gesammtkur in noch mehr objectiver Weise klar zu legen und das Endresultat durch genauere Beobachtung der verschiedenen in Betracht kommenden Factoren zahlenmässig festzustellen und zu veranschaulichen. So wurde zunächst in Uebereinstimmung mit Benekes Angaben festgestellt, dass im Bade fast stets die Pulsfrequenz vermindert wird, dass diese Herabsetzung des Pulses auch noch einige Zeit nach dem Bade anhält. Ferner wurde eine Steigerung des Blutdrucks durch das Bad beobachtet und eine Steigerung der Respirationskraft, mehr der Exspirationskraft als des Inspirationsvermögens. Die von Aug. Schott aufgestellte Behauptung, dass bei Stauungsdilatation direct nach dem Bade eine Verkleinerung der Herzdämpfung zu beobachten sei, konnte ich, wenn ich die Möglichkeit auch in der Theorie zugeben muss, mit gleicher Bestimmtheit nicht bestätigen: wohl aber habe auch ich oft ein percutorisch nachweisbares Zurückgehen der Dilatation während der Gesammtkur constatirt, ferner eine Zunahme der vitalen Lungencapacität, Schwund von Stauungskatarrhen in der Lunge, von Oedemen, Leberschwellungen, durch Stauungsniere bedingter Albuminurie, kurz aller derjenigen Symptome, welche auf Herzmuskel-Insufficienz beruhen.

In Bezug auf die für eine Badekur geeigneten Fälle hatte sich bald gezeigt, dass sich keine Trennung nach den verschiedenen Arten der Kreislaufsstörungen machen lasse, und während auf Grund theoretischer Erwägungen (Steigerung des Blutdrucks) Beneke sowohl als auch Schott und ich früher glaubten, Arteriosklerose ausschliessen zu müssen und Theod. Schott noch in einem Vortrage 1887[9]) bei Aneurysmen eine Badekur für contraindicirt hält, kann ich jetzt, nachdem ich im Lauf der Jahre gar nicht wenige Patienten mit Aorten-Aneurysmen hier mit Bädern behandelt habe, ohne auch nur ein einziges Mal einen unangenehmen Zwischenfall erlebt zu haben, wiederholt aber recht erfreuliche Besserungen der Circulationsverhältnisse und des Allgemeinbefindens, behaupten, dass auch diese Fälle für unser Bad geeignet sind[10]). Natürlich wird man solche Patienten anders baden lassen, als etwa solche mit nervöser Herzstörung oder einem einfachen Klappenfehler.

Fassen wir alles, was jetzt über Indication und Wirkungsweise unserer Bäder feststeht, kurz zusammen, so müssen wir sagen: die kohlensauren Thermalsoolbäder wirken beruhigend, regulirend auf die Herzaction und entschieden tonisirend auf den Herzmuskel. Eine streng physiologische Erklärung dieser Badewirkung ist zur Zeit noch nicht möglich — so wie es überhaupt noch schlecht bestellt ist mit einer absolut hypothesenfreien Deutung der Wirkungsweise aller Badekuren. Man nimmt an, dass durch Anregung der Circulation in der Peripherie eine gewisse Beeinflussung der Herzaction stattfindet und zwar zunächst, so lange der Kältereiz wirkt, durch Verengerung der Hautgefässe eine Steigerung des intracardialen Druckes, womit eine Anregung zu erhöhter Thätigkeit des Herzmuskels gegeben ist, und bald danach durch die in Folge des Kohlensäurereizes trotz der kühlen Temperatur des Bades eintretende Erweiterung der peripheren Gefässe und stärkerer Blutanfüllung derselben eine Entlastung der inneren Organe und namentlich des Herzens. Durch zu lang dauernde Contraction der Hautgefässe, wie sie beim gewöhnlichen kühlen Bade statt hat, würde eine Ueberanstrengung des Herzens entstehen können. Oertel, der früher der Badekur überhaupt keinen Werth beizulegen geneigt schien, in der neuesten 4. Auflage seines Buches aber doch wenigstens zugiebt, dass das Bad immerhin ein Mittel sei, welches zur Behandlung chronischer Herzkrankheiten und Kreislaufsstörungen herangezogen werden könne und andere Kuren zu unterstützen und zu fördern vermöge (Ste 325) betont hauptsächlich diese Gefahr der Ueberanstrengung. Allein er denkt dabei an das kalte Süsswasserbad und berücksichtigt nicht genügend den ganz eigenthümlichen Wärmereiz der Kohlensäure, in Folge dessen auch ziemlich kühle Bäder nicht unangenehm empfunden werden und der schon nach ganz kurzer Dauer des Bades die Contraction der Hautgefässe einer Erweiterung derselben mit starker Röthung der Haut weichen lässt. Auch stufen wir die Temperatur unserer Bäder je nach den vorliegenden Zuständen ab und geben anfangs Bäder, deren Temperatur nur wenig unter der Körperwärme liegt und deren Kohlensäuregehalt so gering bemessen ist, dass eben bei den ersten Bädern nur schwache Einwirkungen auf Herz und Gefässsystem stattfinden können. Zeigt sich bei einem Patienten der Kältereiz zu stark, zu lange anhaltend, dabei die Einwirkung der Kohlensäure zu wenig ausgleichend (Cyanose, Beklemmung, anhaltendes Frösteln), so muss man die Temperatur des Bades erhöhen, dann erst den Kohlensäuregehalt steigern und, wenn solches gut vertragen wird, wieder versuchsweise mit der Temperatur zurückgehen, eventuell das Bad erst etwas abkühlen, wenn der Patient schon einige Zeit darin gesessen hat. (Wir gehen meist nur um $^1/_2$ Centigrad von einem Bade zum anderen zurück).

Was Oertel gar nicht berücksichtigt, das ist die Frage, ob nicht die das Hautnervensystem treffenden chemischen und thermischen Reize reflectorisch auch auf die grösseren Gefässe und auf das Herz einwirken, in derselben Weise, wie wir das an den peripheren Gefässen direct beobachten können. Ja wir müssen das sogar, wenn uns auch die nähere Erklärung des Wie und Warum fehlt, bestimmt annehmen, einmal mit Rücksicht auf bekannte Versuche über anderweitige Hautreize und deren Einwirkung auf die Circulation, sowie auf die oben schon berührten Beobachtungen über den Einfluss von Bädern auf Blutdruck, Respiration etc., welche aus den in der Peripherie sich abspielenden Vorgängen allein nicht genügend zu erklären sind, endlich auf Grund der unbestreitbaren Erfolge bei den betreffenden Badekuren, für welche eine andersartige Erklärung bis jetzt nicht gefunden worden ist.

Dass durch eine fortdauernde Aufeinanderfolge solcher Einwirkungen auf die Circulationsorgane, wie sie durch eine längere Badekur gegeben ist, eine durch Anregung und gleichzeitige Schonung, in richtigem Maasse wechselnde kraftvollere Arbeit und Entlastung des Herzens bedingte bessere Ernährung und Stärkung dieses Organs

---

[8]) Groedel: Pneumatometrische Beobachtungen über den Einfluss verschiedener Bäder auf die Respiration. Berl. klin. Wochenschr. 1880 Nr. 20. — Aug. Schott: l. c. Berl. klin. Wochenschr. 1880 Nr. 20. — Groedel: Zur Behandlung Herzkranker. Berl. klin. Wochenschr. 1883. Nr. 25. — Theod. Schott: Beitrag zur tonisirenden Wirkung kohlensäurehaltiger Thermalsoolbäder aufs Herz. Berl. klin. Wochenschrift 1883 Nr. 28.

[9]) Die Behandlung chronischer Herzkrankheiten. Deutsche Medicinalztg. 1887.

[10]) In einem auf dem Balneologencongress zu Berlin 1890 gehaltenen Vortrag habe ich einen solchen mit Tachycardia paroxysm. vergesellschafteten, durch mehrere Kuren sehr gebesserten Fall mitgetheilt. Groedel: Ueber nervöses Herzklopfen und sonstige auf Innervationsstörung beruhende Herzaffectionen. Berl. klin. Wochenschr. und Deutsche Medicinalzeitung. 1890.

schliesslich erzielt werden kann, ist wohl näher auszuführen nicht nöthig. Dazu kommt noch der bekannte Einfluss von Bädern auf den Körperhaushalt, der, entsprechend bemessen und ausgenutzt, nicht nur dem Gesammtorganismus, sondern auch den nothleidenden Organen im Speciellen sehr zu statten kommen kann.

Dem eben Gesagten entsprechend eignen sich diese Badekuren für alle Fälle von Störungen des Blutkreislaufes, in welchen es sich darum handelt, ein für die gegebenen Verhältnisse zu schwaches Herz in seinem Leistungsvermögen zu heben, einerlei ob die Circulationsstörung durch einen Herzklappenfehler oder durch eine Erkrankung des Herzmuskels oder der Gefässe bedingt ist, oder allgemeine Ernährungsstörungen (Adipositas etc.) zu Grunde liegen.

Auch bei Krankheiten, welche auf Innervationsstörungen des Herzens beruhen, besonders bei der Neurasthenia cordis sehen wir gute Erfolge, die aber hier in der Hauptsache auf anderer Basis beruhen dürften, nämlich auf der bekannten günstigen Wirkung unserer kühlen kohlensauren Soolthermen bei Krankheiten des Nervensystems überhaupt, organischen sowohl als auch functionellen Störungen desselben. Die bei den nervösen Herzaffectionen fast ausschliesslich in Betracht kommende tonisirende Wirkung der Bäder auf Herz- und Gefässnervensystem spielt gewiss auch eine Hauptrolle bei der Badebehandlung der organischen Herzkrankheiten.

Was die Methode der Badebehandlung betrifft, so habe ich schon Einiges darüber gesagt. Man fängt mit Bädern von geringem Kohlensäure- und Salzgehalt an, mit einer Temperatur von $32^1/_2$—$33^1/_2$° C. und 5—10 Minuten Dauer. Je nach der beobachteten Reaction geht man dann vorwärts, indem Kohlensäure- und Salzgehalt erhöht, die Temperatur (event. bis zu 28° C. und noch mehr) herabgesetzt, die Dauer auf 15—20 Minuten verlängert wird. In der ersten Zeit wird meist an jedem 3. oder 4. Tag, später seltener mit dem Baden pausirt. Oft lasse ich mit Halbbädern beginnen, namentlich bei Patienten mit Angina pectoris, Aneurysmen und sonstigen Patienten, welche permanent stark dyspnoisch sind. Nach dem Bade muss man die Patienten vor Abkühlung bewahren, da sonst Contraction der Hautgefässe mit Frostgefühl und Herzbelastung eintritt. Die meisten Patienten haben direct nach dem Bade 1—2 Stunden Bettruhe zu pflegen und nur ausnahmsweise lasse ich vorher einen Spaziergang von $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde machen. Bei der Verordnung hat man sich stets dessen bewusst zu sein, dass bei der Badekur ein richtiges Verhältniss zwischen Herzschohung und Herzübung obzuwalten hat und während gewöhnlich anfangs die erstere vorherrschen muss, kommt der letzteren später die Hauptaufgabe zu.

Dass Nauheim allein solche Bäder, wie wir sie eben geschildert, zu liefern im Stande wäre, wird Niemand behaupten wollen und hat auch noch kein Nauheimer Arzt behauptet. Im Gegentheil ist gerade von Nauheim aus darauf hingewiesen worden, dass man auch mit künstlich den unseren nachgebildeten Bädern bei Herzkranken etwas zu erreichen vermöge. Künstliche kohlensäurehaltige Soolbäder von verschiedenem Gehalt können auf mancherlei Weise hergestellt werden. Die in den Nauheimer Quellen enthaltene Menge von Salzen, welche 1—2—3 % beträgt und oft noch durch Mutterlauge verstärkt wird, ist durch ein entsprechendes Gemenge von Kochsalz und Nauheimer Badesalz oder Mutterlauge herzustellen. Kohlensäuregehalt von verschiedener Stärke kann entweder erzeugt werden, indem man dem Bade Natron. bicarb. zusetzt und dann, sobald der Patient im Bade sitzt, auf den Boden der Wanne mehrere offene Flaschen mit roher Salzsäure (das $1^1/_2$ fache des Natr. bicarb.) legt, oder man benutzt die Sandow'sche Mischung (Natr. bicarb. und Natr. bisulfur.); auch Cylinder mit flüssiger Kohlensäure werden benutzt, indem man unter bestimmtem Druck die Kohlensäure in das Bad einströmen lässt. Bei allen diesen Arten entweicht die Kohlensäure rasch. Fester absorbirt ist sie bei den Bädern nach Lippert'schem System, die sich allerdings auch noch wesentlich in hier nicht näher zu erörternder Weise von unseren unterscheiden, ganz abgesehen von den einzig in ihrer Art dastehenden Nauheimer Sprudelstrombädern, bei welchen die ungemein kohlensäurereiche Soole mit stets gleicher Temperatur während der ganzen Dauer des Bades durch die Wanne strömt, ohne dass, in Folge geeigneter Vorrichtungen, die dabei entweichende Kohlensäure die Patienten belästigt. Diese Bäder üben einen mächtigen, aber doch von keinem Chok (wie dies bei den starkreizenden Kaltwasserproceduren der Fall ist) begleiteten Reiz auf das Gesammtnervensystem aus, der in dafür passenden Fällen in viel schonenderer Weise, aber gewiss ebenso kräftig, wie das kalte Wasser, tonisirend auf alle nervösen Organe, auch diejenigen des Herzens, einwirken muss.

Dass man thatsächlich auf den von Nauheim ausgegangenen Vorschlag hin vielfach künstliche kohlensaure Bäder mit Nutzen angewendet, ist mir bekannt, wenn auch die medicinische Literatur bis jetzt wenig darüber gebracht hat. Ein Urtheil aus allerneuster Zeit möchte ich doch citiren. In Nr. 8 der deutschen med. Wochenschrift 1893 finden wir in einer Arbeit von Zoege von Manteuffel[11]) aus Dorpat folgendes: «Dagegen haben sich mir Hautreize in Gestalt kühler kohlensaurer Local- und Allgemeinbäder sehr bewährt. Sie sind eine Imitation der Kissinger und Nauheimer Soolbäder und, wenn auch nicht so wirksam wie diese, doch entschieden der Capillarcirculation der Oberfläche förderlich.»

Wenn trotz dem Gesagten oft von Nauheim als Specialbad für Herzkranke gesprochen wird, so ist dies also nicht so zu verstehen, als ob nur seine Bäder für Herzkranke Nutzen zu stiften vermöchten, auch nicht so, als ob nur Herzkranke in Nauheim zur Behandlung kämen[12]), wohl aber in dem Sinne, dass dieses Bad mehr wie andere Kurorte für solche Kranke geeignet ist und zwar aus folgenden Gründen:

Erstlich sind wir in Nauheim durch die uns zu Gebote stehenden Naturheilmittel in der Lage, unsere Bäder nach jeder Richtung aufs feinste abzustufen und sie geeigneten Falles bis zu einer solchen Höhe der irritativen Einwirkung zu steigern, wie dies in gleicher Weise sonst nirgends möglich ist.

Zweitens hat sich daselbst mit der Zeit die ursprünglich auf schwach kohlensäurereiche Bäder und nur für einen gewissen Theil der Herzkranken beschränkt gewesene Bademethode auf Grund einer ganz ausserordentlich reichen Erfahrung zu einer anderswo nicht gekannten Feinheit entwickelt, die allen Arten von Circulationsstörungen angepasst ist.

Ferner sind die Aerzte in Bad-Nauheim mit der Behandlung Herzkranker sehr vertraut geworden, nicht nur mit der Badebehandlung, sondern auch mit allen anderen dabei in Betracht kommenden Heilmitteln.

Hiermit komme ich zu einem anderen Kapitel, nämlich der in Nauheim neben der Badebehandlung üblichen anderweitigen Behandlungsweise bei Circulationsstörungen.

Es wäre eine falsche Auffassung dessen, was man von der Behandlung in einem Badeorte verlangt, wenn man

[11]) Ueber den Rheumatismus in den unteren Extremitäten und seine Beziehung zur Arteriosklerose.

[12]) Neben den Indicationen, wie sie für die einfachen Soolbäder bestehen, sind es ganz besonders die Krankheiten des Rückenmarkes etc. und die verschiedenen Formen des Rheumatismus und die Gicht, für welche die kohlensauren Thermalsoolbäder bekanntlich in besonderer Weise indicirt sind.

sich nur auf die Verordnung von Bädern beschränken wollte. Dass in dem Badeorte noch die klimatischen Verhältnisse, der beständige Aufenthalt in reiner stärkender Luft, die Befreiung von häuslichen Sorgen und die Vermeidung aller Aufregungen, namentlich derjenigen des Berufes, auch das psychische Moment der auf den Badeaufenthalt gesetzten Hoffnungen etc. als die Badewirkung begünstigende Momente in Betracht zu kommen haben, unterliegt keinem Zweifel, und ganz gewiss kommt ein sehr grosser Theil dessen, was die Heilerfolge in den Badeorten im Gegensatze zu Kuren mit künstlichen Bädern zu Hause bedingt, auf Rechnung dieser Umstände. Aber noch ein Weiteres ist es, was dem am Badeorte wirkenden Arzte sehr zustatten kommt. Der Kranke, der sich zu einer längeren Kur fern von der Heimath entschlossen hat, der dafür Zeit und Geld zu opfern genöthigt ist, er wird sich mit viel grösserer Bereitwilligkeit und Sorgfalt allem dem widmen, was ihm nun als seine Gesundheit fördernd hingestellt und empfohlen wird. Er wird sich stets allem dem gerne unterwerfen, was ihm bezüglich seiner ganzen Lebensweise, namentlich auch betreffs der einzuhaltenden Diät vorgeschrieben wird. Ich kann auf diesen Punkt nicht näher eingehen und begnüge mich damit, zu bemerken, dass gerade der Diätetik in Nauheim ein besonderes Augenmerk zugewandt wird, wobei wiederum eine ausserordentliche Erfahrung uns unterstützend zur Seite steht. Auch nur einigermaassen bestimmte, alles zusammenfassende Angaben darüber zu machen, wie dies von anderer Seite geschehen, ist mir nicht möglich, da die Vorschriften selbstverständlich keine für alle diese Patienten, selbst nicht für einzelne Gruppen gemeinschaftliche, sondern den einzelnen Zuständen sorgfältig angepasste sein müssen, sowohl was die Auswahl der Speisen, den Umfang und die Häufigkeit der einzelnen Mahlzeiten, als auch den Genuss von Getränken, speciell von Alcoholicis, Thee und Kaffee angeht.

Was die bekannten Oertel'schen Ansichten bezüglich des Flüssigkeitsgenusses bei Circulationsstörungen betrifft, so kann ich heute noch das, was ich, gestützt auf langjährige Beobachtungen, kurz nach dem Erscheinen der ersten Auflage seines Buches in einem Vortrage[13]) darüber sagte, aufrecht halten, nämlich «dass der allzu reichliche Genuss von Flüssigkeiten Herzkranken schadet und umgekehrt eine Einschränkung desselben oft von Nutzen ist, dass man aber dabei sehr vor Uebertreibungen sich hüten müsse.» Ich lasse bei vielen Herzkranken genaue Beobachtungen über tägliche Flüssigkeitsaufnahme und Flüssigkeitsabgabe machen und regulire danach bis zu einem gewissen Grad die Vorschriften über Genuss von Speisen und Getränken, sowie sonstige therapeutische Maassnahmen und ich kann sagen, dass der dadurch gewährte Vortheil in Bezug auf das einzuschlagende Heilverfahren ein recht erheblicher ist. Die noch von Beneke oft angeordneten Trinkkuren sind von den hier aufgestellten Gesichtspunkten aus bei den meisten Herzkranken nicht am Platz und es gilt dafür das, was ich im Bäder-Almanach (Ste 29 Krankheiten des Herzens. Störungen des Blutkreislaufes) gesagt habe, dass da, wo Trinkkuren vielleicht indicirt sind, darauf geachtet werden muss, dass dem Körper ein, dem durch die Trinkkur zugeführten Wasserquantum entsprechendes Aequivalent Flüssigkeit wieder entzogen wird, wesshalb die Trinkkur sofort abgebrochen werden muss, wenn die beabsichtigte ableitende Wirkung auf den Darmkanal ausbleibt, da sonst leicht eine plötzliche Ueberladung des Kreislaufs zu Stande kommt, welche, wie ich das früher öfter sah, zu starker Erregung der Herzthätigkeit führen kann.

Ehe ich mich zu einer nach dem eben berührten Thema sehr nahe liegenden Besprechung der von Oertel vor mehreren Jahren in den Vordergrund der Discussion gestellten Frage der sog. Terrainkuren wende, muss ich erst etwas zurückgreifen und die Einführung der Gymnastik als Unterstützungsmittel unserer Badekuren berühren. Es ist das Verdienst des verstorbenen Dr. August Schott, die in Schweden schon seit vielen Jahren bei Krankheiten des Circulationsapparates angewandte Heilgymnastik in Nauheim zur Behandlung der eben genannten Krankheiten eingeführt zu haben. In einer 1885 veröffentlichten Arbeit[14]) hat er seine Erfahrungen darüber mitgetheilt sowie seine Ansichten über die Wirkung der Gymnastik auf's Herz, in welcher er ein «Turnen des Herzmuskels» erblickt, welches zur Kräftigung desselben in gleicher Weise führt, wie das Turnen im gewöhnlichen Sinne des Wortes zu einer Kräftigung der Skelettmuskeln. Ich selbst habe der Sache anfangs etwas skeptisch gegenüber gestanden und ich glaube dadurch mit dazu beigetragen zu haben, dass in Nauheim von der Mehrzahl der Aerzte die Gymnastik doch nur sehr mit Auswahl und nicht mehr so allgemein, wie dies von Schott geschah, ausgeübt wird, und dass man neben der «Uebung des Herzens» auch der «Schonung des Herzens» wieder mehr Rechnung trägt.

Die Gymnastik zerfällt, wie bekannt, in drei Unterabtheilungen, die passive, die active und die Widerstandsgymnastik. Der letzteren kommt bei Behandlung der Herzkrankheiten die Hauptbedeutung zu. Die Gymnastik wird entweder vermittelst Maschinen ausgeführt, wie sie namentlich Zander in Stockholm erfunden hat, oder manuell durch besonders dafür instruirte Personen. Letztere Methode ist die in Nauheim vielgeübte. Hauptzweck der Gymnastik ist eine stärkere Anregung der Circulation in den bewegten Muskeln, wodurch auch der Herzmuskel reflectorisch und unter Entlastung des venösen und Steigerung des arteriellen Theiles des Blutkreislaufes zu kräftigeren, ausgiebigeren Contractionen veranlasst wird. Ich kann hier nicht auf eine Besprechung der dabei stattfindenden feineren physiologischen Vorgänge in ihrer Bedeutung für die Arbeit des Herzens eingehen und bemerke nur, dass bei der passiven mehr eine Entlastung des Herzens, eine Erleichterung der Herzarbeit, dagegen bei der activen und besonders bei der Widerstandsgymnastik der Impuls zu erhöhter Thätigkeit, zur Entwicklung der Reservekraft des Herzens zur Geltung kommt, ganz analog der Badekur, bei welcher die anfänglichen, reizloseren, höher temperirten Bäder mehr die Aufgabe der Herzentlastung haben, die späteren, stärkere Reize enthaltenden und kühleren Bäder mehr als ein Sporn zu erhöhter Arbeitsleistung für das Herz zu betrachten sind. Uebt man die Gymnastik unter genauer Berücksichtigung der gegebenen Verhältnisse, so dass jedes Zuviel und damit eine Uebermüdung des Herzmuskels vermieden wird, so ist oft ein recht günstiger Erfolg zu erzielen, namentlich in Verbindung mit unseren Badekuren und einem geeigneten Regime. Anfangs lasse ich meist nur Bewegungen an den oberen Extremitäten ausführen, gehe dann zu einzelnen Bewegungen der unteren Extremitäten und dann des Rumpfes über, wobei solche zu vermeiden sind, welche die freie Bewegung des Zwerchfells und der Thoraxwand behindern. Man muss besonders darauf achten, dass die Patienten bei Ausführung der Bewegung den Athem nicht anhalten (nicht pressen); auch sollen die Uebungen nicht mit vollem Magen vorgenommen werden und zwischen den Uebungen müssen öfter Pausen eintreten, während welche der Patient so lange tief ein- und ausathmen muss, bis das etwas erregte Herz wieder ruhig geworden ist.

(Schluss folgt).

[13]) Groedel: Erfahrungen bei der Behandlung von Circulationsstörungen nach Oertel'scher Methode. Balneologencongress. 1886.

[14]) Aug. Schott: Zur Therapie der chron. Herzkrankheiten. Berl. klin. Wochenschr. 1885, Nr. 33.

Referate.

C. G. Santesson: 1) Ueber den Einfluss einiger Chinaalkaloide auf die Leistungsfähigkeit der Kaltblütermuskeln. 2) Einfluss des Chinins auf die Leistungsfähigkeit von Warmblütermuskeln. (Archiv für exp. Path. und Pharmak. XXX 1892).

Die Resultate des Verf. dürften für den praktischen Arzt von grossem Interesse sein. Bringt man Fröschen in den Bauchlymphsack salzsaures Chinin in Gaben von 1,5—2 cg. bei, so wird die Muskelarbeit bedeutend gesteigert. Diese Zunahme der Muskelarbeit lässt sich schon etwa eine Stunde nach der Vergiftung deutlich nachweisen und ist 3—4 Stunden nach derselben am grössten, sodann sinkt die Arbeitscurve wieder allmählich herab. Dass diese Wirkung auf die Muskelsubstanz direct ausgeübt wird, geht daraus hervor, dass sie auch am curarisirten Thier sich zeigt. In derselben Weise, wenn auch in geringerem Grade wirken die salzsauren Salze von Cinchonin, Cinchonidin und Conchinin; auch Antipyrin steigert ein wenig die Muskelerregbarkeit. Wenn nun das Contractionsvermögen der Muskulatur durch Chinin anfangs schnell gesteigert wird, so wird dasselbe später schnell beschränkt und vernichtet. Die Zuckungscurven des vergifteten Muskels sind höher und steigen etwas steiler auf, als diejenigen des unvergifteten Muskels. Die Tetani des vergifteten Muskels waren fast immer schon von Anfang an niedriger, als diejenigen des unvergifteten; jener wurde früher müde und verfiel meistens bald in Starre.

Verf. hat ferner Versuche an Kaninchen angestellt. Vorversuche ergaben, dass nach Einspritzung einer indifferenten Kochsalzlösung von 0,7 pCt. in die Blutbahn eine nicht unbedeutende Steigerung der Muskelleistung hervortritt; eine viel grössere Steigerung wird aber nach Injectionen von Chininlösungen erzielt, und zwar schon einige Minuten nach der Einspritzung. Auch bei Warmblütern ist die Steigerung des Contractionsvermögens der Muskulatur eine directe Muskelwirkung und ist ebenfalls nicht andauernd, sondern sinkt ziemlich schnell herab. Abelmann.

R. Pfeiffer: Die Aetiologie der Influenza. (Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten 13 Bd. 3 Heft).

Die Influenza kann als wahre Pandemie über einen grossen Theil der Erdoberfläche herrschen. Keine Infectionskrankheit ist ihr darin gleich. Die Contagiosität der Influenza ist von jeher als wahrscheinlich angenommen. Das Contagium muss aber in ungeheuren Massen von jedem Kranken geliefert werden, um solche Verbreitung zu schaffen. Aber gefunden war bisher der Infectionsträger nicht; auch die Epidemie von 1889 90 ging darin vergeblich vorüber. Erst die Epidemie, die vom November 1891 ab sich in Deutschland verbreitete, hat Gelegenheit geboten zu Untersuchungen im Berliner Institut für Infectionskrankheiten, die Pf. jetzt veröffentlicht und die «ein helles Licht über die aetiologische Seite der Influenza verbreiten».

Das Sputum ist der Träger des Infectionsstoffes, eines kleinen unbeweglichen Bacillus, der in erstaunlicher Menge in der schleimigen Grundsubstanz des Sputums oder im Protoplasma der Eiterzellen liegt. «Schon makroskopisch zeigt der Grippeauswurf sehr charakteristische Besonderheiten. Er ist von gelbgrünlicher Farbe, höchst zähe und klebrig und wird gewöhnlich in dicken münzenförmigen Ballen entleert. Seine Bildungsstätte ist in leichteren Fällen wohl vorwiegend der Nasen-Rachenraum. Steigt der Grippeprocess in die Bronchien herab, oder greift er gar als Influenzapneumonie auf das Lungengewebe über, dann wird ein grosser Theil des Sputums auch von diesen tieferen Partien des Bronchialbaums geliefert». Niessen und Hustenstösse von den Kranken und Einathmen von feinsten Secretpartikelchen von den Gesunden vermitteln die Ansteckung. Wenn das Sputum feucht gehalten wird, so erhält sich die Infectiosität desselben in minimo 14 Tage. Daher die verbürgten Fälle von Ansteckung durch Postpakete und Kleider. Gegen Austrocknung ist der Influenzabacillus noch empfindlicher als die Choleravibrionen. Eine Dauerform der Bacillen ist nicht gefunden, existirt wohl auch gar nicht. Ausserhalb des menschlichen Körpers ist eine Entwickelung der Bacillen im Boden oder Wasser unmöglich. Man unterscheidet bekanntlich katarrhalische, gastrische und nervöse Formen der Influenza. Bei allen, den leichtesten wie schwersten existirt Nasenkatarrh mit enormen Mengen der specifischen Bacillen, die bei gewöhnlichem Schnupfen nie gefunden werden. Im Beginn der Krankheit sind sie fast ausschliesslich in der schleimigen Grundsubstanz des Secrets. Bei späteren Stadien schwinden sie hier, dafür erscheinen die Eiterzellen geradezu vollgestopft mit ihnen. In der Reconvalescenzperiode sind die Bacillen in den Eiterzellen degenerirt (scheint durchaus die Phagocytenlehre zu bestätigen). Bekanntlich erholen sich die Influenzareconvalescenten auffallend langsam. Bei diesen findet man oft wochenlang nach Aufhören des Fiebers im geballten Morgensputum ungeheure Mengen Influenzabacillen. Bei Tuberkulösen finden sich beide Bacillen (Infl. u. Tuberk.) nebeneinander, bis die Influenzabacillen wieder ganz schwinden. Der Verlauf der Tuberkulose wird sehr beschleunigt durch Complication der Grippe, weil die Influenzabacillen den Weg bahnen. Im Blute sind keine Influenzabacillen zu finden. Die Allgemeinerscheinungen sind Intoxication durch Resorption von Toxinen, nicht Blutinfection.

Im Abschnitte: pathologische Anatomie, zu welchem sehr instructive Abbildungen gehören, findet der Arzt so recht die Erklärung der Complicationen und Ausgänge der Grippe, die ihm vom Krankenbett her bekannt sind, bes. lobuläre Pneumonien, Lungenabscess, Gangrän, Pleuritis, Otitis media etc. Ueberall bestätigt sich der Pfeiffer'sche Bacillus als Erreger auch dieser Complicationen. Gastrische und nervöse Formen der Influenza hat Pf. nicht zur Section bekommen.

Die Influenza findet sich bei keiner Thierspecies spontan. Auch die künstliche Uebertragung gelang nur bei Affen. Nach wiederholten Injectionen wurden diese immun. Wahrscheinlich macht auch das einmalige vollständige Ueberstehen der Grippe den Menschen immun.

Die Therapie erfährt zunächst keine Berücksichtigung. Da der Nasenkatarrh ein hochinfectiöser ist, wäre eine Localtherapie rationell. Masing.

Rud. Weil (Berlin): Weitere Erfolge mit Heidelbeerkraut gegen Diabetes mellitus. (Blätter f. klin. Hydrotherapie. 1892 November).

Nachdem W. gefunden, dass Abkochungen von Heidelbeerblättern (Schwarzbeeren, myrtillus) sowohl die Harnmenge als den Zuckergehalt bei Diabetes bedeutend herabsetzt, veröffentlicht er in diesem zweiten Artikel seine weiteren Untersuchungen. Er fand zunächst, dass die Blätter um so wirksamer, je jünger sie sind. Um eine genauere und bequemere Verabfolgung zu ermöglichen, liess er ein Extract bereiten, das als Pillulae Myrtilli Jasper in den Handel gekommen ist. Jede Pille entspricht 1 Gr. getrockneter Blätter. Er verabfolgt dieselben folgendermaassen:

3 Tage 3 × täglich je 1 Pille
3 » 3 » » » 2 »
3 » 3 » » » 3 »
3 » 3 » » » 4 »

Danach lässt er 3 Mal täglich zu 5 Pillen längere Zeit fortnehmen. In hartnäckigen Fällen können bis 24 Pillen täglich ohne Schaden genommen werden. Diät mit möglichstem Ausschluss der Kohlehydrate. Brot 100—150 Gr. täglich. Zum Versüssen nur Saccharin gestattet. Bei zu grossem Widerwillen lässt er auch für kurze Zeit die Zügel schiessen. Die Erfolge sind nach den mitgetheilten Proben in der That überraschend. Buch (Willmanstrand).

Siegfried Rosenberger: Ueber den Einfluss körperlicher Anstrengung auf die Ausnutzung der Nahrung. (Pflügers Arch. f. Physiol. 1892. Bl. f. klin. Hydrotherapie 1892 H. 10).

R. machte seine Versuche an einem Hunde und kommt zum Schlusse, dass beim verdauungsgesunden Hunde, die Ausnutzung der Nahrung ganz unabhängig davon ist, ob das Thier sich während der Verdauung in Ruhe befindet oder eine sehr energische Arbeit leistet. (Diese Versuche beweisen in praktischer Beziehung für den Menschen garnichts. Nach meinen Erfahrungen, die mit denen der meisten Nervenärzte übereinstimmen, befinden sich die meisten Neurastheniker durchaus besser, wenn sie nach den Mahlzeiten Ruhe halten. Anders natürlich verhält es sich mit Fettleibigkeit und anderen Krankheiten. Ref.). Buch (Willmanstrand).

Metterheimer: Eine Behandlung der Influenza. (Memorabilien. Bl. f. klin. Hydrotherapie 1882. Oktober).

Verf. hat Influenza hauptsächlich an jüngeren Leuten mit Erfolg ambulatorisch mit Wasser behandelt. Das Verfahren bestand in einer Priessnitzschen Einwickelung des ganzen Körpers bis zu gründlicher Durchwärmung mit darauf folgendem kurzen Halbbad ½—2 Min., 22—27° C. Nach erfolgter Abtrocknung musste der Kranke sich sofort ankleiden, einen Spaziergang machen, frühstücken und an die Arbeit gehen.

Buch (Willmanstrand).

Gärtner: «Ueber die Erblichkeit der Tuberkulose». (Zeitschrift für Hygiene. 13 Bd. II. Heft).

In einer 150 Seiten umfassenden Arbeit hat Prof. G. in Jena die Resultate seiner durch mehrere Jahre fortgeführten Studien, Beobachtungen und Experimente über diese Frage mitgetheilt. Es ist begreiflich, dass bei dieser Combination (solches Thema, solcher Autor, solcher Fleiss) die Arbeit das ärztliche Interesse in ungewöhnlichem Maasse beanspruchen muss. Man

denke nur wie diese Frage auf die Tagesordnung gesetzt wird und zwar als dringliche bei Entscheidungen über Heirath, Wahl des Berufes, Lebensversicherung etc.

Vor mehreren Jahren brachten die Beobachtungen von Cornet eine anhaltende Erschütterung der bisherigen uralten Ueberzeugungen hervor. Es gab jetzt keine ererbte Tuberkulose mehr, nur erworbene. Entzog man das Kind tuberkulöser Eltern von der Geburt an der Möglichkeit der Infection durch diese Eltern, so war es nicht mehr gefährdet als jedes Kind gesunder Eltern.

Gärtner hat nun die Lösung dieser Frage von allen Seiten in Angriff genommen und kommt doch zu etwas anderen Resultaten. Er sagt zum Schluss der Arbeit: «bei den untersuchten Thierklassen: Mäusen, Kanarienvögeln und Kaninchen gehen recht oft Tuberkelbacillen von der Mutter auf die Frucht über. Es muss jedem überlassen bleiben, den Schluss von diesen Thierexperimenten auf den Menschen zu ziehen. Da die Experimente mir das häufige Vorkommen des Ueberganges bei den gewählten Thierklassen gezeigt haben, und da die Statistik ausweist, dass die Sterblichkeit an Tuberkulose beim Menschen in dem ersten Lebensjahre die höchste ist, da andrerseits bei dem chronischen Verlaufe der Krankheit und der meistens in relativ später Fötalperiode erfolgenden Infection eine aperte Tuberkulose bei der Geburt gar nicht erwartet werden kann, so nehme ich, entgegen meiner früheren Anschauung, an: «Auch beim Menschen geht der Tuberkelbacillus oft von der Mutter auf die Frucht über».

«Die Thierversuche bei Kaninchen und Meerschweinchen haben nichts ergeben, was für die Uebertragung der Tuberkelbacillen von Seiten des Vaters auf die Frucht spricht.

«Waren die Bacillen zahlreich im Samen enthalten, so erfolgte trotzdem nicht die Geburt inficirter Früchte, sondern die Infection der Mutter.

«Schliesse ich auch hier vom Thierexperiment auf den Menschen zurück, so lautet, mit Rücksicht auf den zahlenmässigen Nachweis des Verhältnisses von Spermatozoen und Tuberkelbacillen, sowie mit Rücksicht auf die Seltenheit der primären Genitaltuberkulose der Frau, für mich der Schluss: «die Tuberkulose wird beim Menschen durch den Act der Zeugung von Seiten des Vaters nicht auf die Frucht übertragen».

Masing.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Georg Baumert: Lehrbuch der gerichtlichen Chemie mit Berücksichtigung sanitätspolizeilicher und medicinisch-chemischer Untersuchungen zum Gebrauche bei Vorlesungen und im Laboratorium. Mit 30 eingedruckten Holzstichen. Braunschweig 1889—1893, Fr. Vieweg & Sohn. 422 pp.

Mit grosser Freude begrüssen wir den Schluss dieses recht brauchbaren Buches. Der Verfasser ist Chemiker des weltberühmten königlichen landwirthschaftlichen Institutes der Universität Halle, wo von jeher auch zahlreiche Söhne unserer Provinzen eine in jeder Beziehung gründliche Ausbildung erhalten haben und noch erhalten. Dem Director und Schöpfer dieses Institutes, Geh. Oberregierungsrath Jul. Kühn, ist auch das Werk gewidmet. In Russland, wo erwiesener Maassen Vergiftungen besonders häufig sind, dürfte das Baumert'sche Lehrbuch als eine willkommene Ergänzung des 1888 erschienenen bekannten Werkes von Prof. Dragendorff betrachtet werden. Der Inhalt ist ein recht reichhaltiger, indem ausser den eigentlichen Giften auch eine Reihe anderer wichtiger Untersuchungen Aufnahme gefunden haben, so die Prüfung der Alkohol-Denaturirungsmittel, des Thieröls, Terpentinöls, des Schellacks, des Petroleums, die Erkennung von Blut, von gefälschten Schriftzeichen etc. Durchweg sind auch die Quellen sorgfältig angegeben, an der Hand deren man sich weiter orientiren kann.
Kobert.

Ernst Schmidt, Professor der pharmaceutischen Chemie und Director des pharmaceutisch-chemischen Institutes der Univ. Marburg. Ausführliches Lehrbuch der pharmaceutischen Chemie, Erster Band, Anorganische Chemie, Zweite Abtheilung: Metalle. Dritte vermehrte Auflage. Braunschweig 1893, Vieweg & Sohn, p. 481—1106.

Der Unterzeichnete hat vor einiger Zeit in dieser Wochenschrift bereits die erste Hälfte der anorganischen Chemie des berühmten Marburger Gelehrten besprochen. In sehr rascher Folge ist die zweite gefolgt, obwohl darin durchweg die neuen Erscheinungen der Litteratur auf diesem Gebiete eingehende Berücksichtigung erfahren haben. Man merkt dem Werke auf jeder Seite an, dass sein Verfasser den von ihm bearbeiteten Stoff ganz beherrscht und dasjenige mit Geschick in den Vordergrund zu rücken weiss, was vom medicinisch-pharmaceutischen Standpunkte aus von Wichtigkeit ist. Wir sehen mit Interesse dem Erscheinen des die organische Chemie behandelnden zweiten Theiles entgegen.
Kobert.

Professor Friedrich Ludwig: Lehrbuch der niederen Kryptogamen mit besonderer Berücksichtigung derjenigen Arten, die für den Menschen von Bedeutung sind oder im Haushalte der Natur eine hervorragende Rolle spielen. Mit 130 Abbildungen. Stuttgart 1892, Enke, 672 pp.

Gerade so ein Buch, wie das vorliegende, hatte der Unterzeichnete schon längst herbeigesehnt. Der in botanischen Kreisen auch unseres Landes rühmlichst bekannte Greizer Forscher hat darin nämlich den Versuch gemacht, Alles, was über die niederen Kryptogamen allgemein wissenswerth erscheint, zu einem einheitlichen Ganzen zusammenzufassen, obwohl dazu eine wahre Riesenlitteratur bewältigt werden musste. Der Versuch ist so gut gelungen, dass jeder Mediciner darin eine Fülle der Belehrung findet über Dinge, welche theils zur allgemeinen Bildung eines studirten Mannes unentbehrlich sind, theils zur Erweiterung speciell medicinischer Kenntnisse dienen. Das Buch sei allen Lesern unserer Wochenschrift an's Herz gelegt.
Kobert.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

2. December 1892.

Dr. Mercklin: Ueber die von den Paranoikern gebrauchten Schutzapparate.

Mit Hinweis auf einen bereits vorgestellten Kranken macht Dr. Mercklin eine Mittheilung über die Schutzapparate der Paranoischen. Jener Pat., ein an Paranoia hallucinatoria chronica leidender Mann, glaubte in seinen Armen elektrische Ströme zu spüren, welche ihn zwangen seine Hände zu erheben und sein Gesicht durch Schlagen und Kratzen selbst zu maltraitiren. Um diesem elektrischen Zwange durch die Reichshallucinationsmaschine zu entgehen, hat er sich einen ledernen Gürtel angefertigt, an welchem in ledernen Schlingen die Arme am Handgelenk befestigt sind. So ist wohl noch eine Bewegung der Arme möglich, die Führung derselben zum Gesicht aber verhindert. Der Pat. trägt den Apparat seit 1889 und giebt an, dass er wohl auch jetzt noch elektrisch werde, die Ströme seien aber nicht mehr so stark.

Derartige Schutzvorrichtungen werden nur von Pat. angewendet, die an hallucinatorischer Paranoia leiden. In den seltenen Fällen von Paranoia ohne Sinnestäuschungen hat sie Vortr. nicht gesehen. Von allen Sinnestäuschungen geben die Gefühlstäuschungen, welche nach den Untersuchungen des Vortr. überhaupt die häufigsten bei Paranoia sind, am meisten Veranlassung dazu, dass sich die Kranken selbst gefertigte Schutzapparate anlegen, nächstdem die Gehörstäuschungen. Meist geschieht dies erst in einem späteren Stadium der Krankheit, nachdem die Kranken bereits in anderer, mehr activer Weise gegen die vermeintlichen Verfolger reagirt haben. Alle Pat. verwachsen bald mit diesen Apparaten und lassen sich dieselben nur ungern abnehmen. Sie geben übereinstimmend an, dass sie dadurch eine Erleichterung in den unangenehmen Sensationen spüren. Diese Wirkung kann nur durch Autosuggestion zu Stande kommen und ist häufig nur eine temporäre, die Sinnestäuschungen treten auf einem anderen Gebiet wieder stärker hervor. Deshalb und weil die Pat., welche solche Apparate zu tragen suchen, sich meist immer mehr isoliren, ist es nicht zweckmässig sie gewähren zu lassen, sondern empfiehlt sich auch bei ihnen planmässige Beschäftigung, die dem geistigen Verfall und dem peinlichen Zwang der Sinnestäuschungen am besten entgegenwirkt.

Im Anschluss hieran referirte Vortr. einige Krankheitsfälle und gab eine Uebersicht dessen, was über die psychische Beeinflussung von Hallucinationen überhaupt, wie der Sensationen in hysterischen und hypochondrischen Zuständen bekannt ist.

(Der Vortrag wird a. a. O. veröffentlicht werden.)

Dr. Behr macht im Anschluss an den Vortrag Dr. Mercklin's folgende Mittheilung:

Einer grossen Zahl von chronischen Verrückten genügt der Selbstschutz durch Construction von Abwehrvorrichtungen gegen ihre abnormen Sensationen keineswegs und sie rufen den Staat und die Gesellschaft um Hilfe an gegen ihre entsetzlichen Qualen und Prüfungen. Derartige Nothschreie tauchen immer wieder in der Tagespresse auf und sind nur zu geeignet die Köpfe der Menge zu verwirren und mit abergläubischen Furchtvorstellungen zu durchsetzen. Einige besonders prägnante Beispiele dieser Art liefern:

1) eine Sammlung von Actenstücken[1]) aus den Jahren 1883—1888, die abwechselnd beim kaiserl. Deutschen Reichsgesundheitsamte, beim deutschen Reichstage und beim Vorstand der allgemeinen Deutschen Naturforscherversammlung einliefen,

2) ein Flugblatt[2]), welches im vorigen Jahre in verschiedenen deutschen Städten zur Vertheilung kam.

In beiden Fällen handelt es sich unzweifelhaft um paranoische Verfasser, die an systematisirten Verfolgungsideen leiden. Beide wahren sich gegen den Vorwurf der Geisteskrankheit und suchen den unbefangenen Leser auf jede mögliche Weise von der Wahrheit ihrer phantastischen Behauptungen zu überzeugen. Der erstere ist der Verfasser[3]) einer Reihe von philosophischen Schriften, der zweite hat seinem Flugblatt ein socialpolitisches Programm beigefügt, welches die zahlreichen Unterschriften Frankfurter Gastwirthe trägt.

z. Z. Secretär C. Dahlfeld.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Als neues noch nicht beschriebenes Symptom der hereditären Syphilis beschreibt Dr. Antonino Carini den Singultus der Neugeborenen. Derselbe tritt noch vor der Coryza auf, häufig gleich nach der Geburt oder wenige Stunden nach derselben und dauert 10—20 Tage lang. Dieser Singultus syphilitischer Kinder beruht auf einer neuropathischen Diathese, zu deren Entwickelung die Specificität des Blutes syphilitischer Kinder die Ursache abgiebt.

Internationale klin. Rundschau 1893.

— Das von Ringier bei Erysipelas empfohlene Mittel: Acid. tannici Camphorae ana 2,0. Aeth. sulf. 15,0 mit Beifügung von etwas Spiritus rectific., damit das Tannin sich besser löst, habe ich bei Verbrennungen und Abfrierungen I. und II. Grades mit Erfolg angewandt. Im ersten Fall, wenn nur ein Erythem vorhanden ist, habe ich die betreffenden Stellen einfach bestreichen lassen, liegt Blasenbildung vor, so habe ich mit einer ganz dünnen Schicht Salicyl- oder hygroskopischer Watte die afficirte Stelle bedeckt und dann die Watte mit der Lösung angefeuchtet. Das Gefühl von Brennen ist selbst anfangs nicht stark, ja das Verdampfen des Aethers giebt nach Aussage der Kranken ein angenehmes Gefühl von Kühle; am nächsten Tage hat sich die afficirte Stelle mit einer Kruste bedeckt und in ein Paar Tagen ist gewöhnlich Heilung vorhanden. Dr. Grimm.

Vermischtes.

— Zu Stadtverordneten der Kasanschen Duma sind bei den letzten Wahlen acht Aerzte gewählt worden. Es sind die Professoren Gay und Lewaschow, die Privatdocenten Godnew und Lwow, sowie die praktischen Aerzte Nikolai, Obraszow, Swjeschnikow und Chochrjakow. (Wr.)

— Verstorben: 1) Am 6. April zu Riga Staatsr. Dr. Carl Förster, einer der Senioren der praktischen Aerzte dieser Stadt, im Alter von 72 Jahren. Als Sohn des Domschul-Directors Carl Albert Förster in Riga geboren, erhielt er auch dort seine Schulbildung und bezog im J. 1839 die Universität Dorpat, wo er bis 1845 anfangs Theologie, dann Medicin studirte. Nach Absolvirung des Arztexamens ging er behufs weiterer Ausbildung in's Ausland und liess sich nach seiner Rückkehr im J. 1846 als praktischer Arzt in seiner Vaterstadt nieder, wo er bis zu seinem Lebensende die Praxis ausübte. Zugleich bekleidete Förster verschiedene medicinische Aemter: er war Arzt an der Kanzlei der Livländischen Gouvernements-Regierung, beim Krankenhause der Altgläubigen, beim Convent zum Heiligen Geist und am Georgehospital, Armenarzt für die innere Stadt und seit 1860 Arzt der Mineralwasseranstalt. Neben seiner ärztlichen Wirksamkeit, waren es seine geselligen Talente, seine glänzende Rednergabe, seine poetische Beanlagung, seine Liebe zur Kunst und Musik, die ihm im Vereinsleben Riga's eine hervorragende Stellung verschafften und ihm ein bleibendes Andenken sichern. Eine Sammlung seiner Gedichte, welche er vor einigen Jahren herausgab, hat ihm unter den baltischen Dichtern einen Ehrenplatz verschafft. In den letzten Jahren gab der Hingeschiedene auch einen medicinischen Taschenkalender heraus. — 2) Am 7. April in Riga der Veteran unter den Aerzten dieser Stadt, Staatsrath Dr. Wilh. v. Reichard, im 83. Lebensjahre. Der Heimgegangene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1830—1840 anfangs Oeconomie, dann Medicin studirte. Nach Erlangung des Arztgrades im J. 1842 liess er sich als Landarzt im Kirchspiel Sissegal (Livland) nieder, siedelte aber bereits im nächsten Jahre nach Riga über, wo er als praktischer Arzt wirkte und zugleich als Arzt am Stadtkrankenhause und an mehreren Schulen fungirte. Erst vor 2 Jahren gab er wegen hohen Alters seine ärztliche Thätigkeit auf. «Mit dem alten Reichard ist», wie die «Düna-Zeitung» ihm nachsagt, «ein Mann dahingegangen, dessen Kenntnisse und Erfahrungen, die er erworben hatte, nicht allein, sondern dessen Herz auch seinen Kranken und Allen, die ihn um Hülfe anriefen, voll und ganz gehörte. Er war eine liebenswürdige, bescheidene Natur mit tief ausgeprägtem Sinn für alles Schöne und Erhabene, dabei auch dem Humor seinen Tribut zollend». Wie Dr. Förster, so verstand es auch Dr. Reichard, seinen Gefühlen poetischen Ausdruck zu verleihen; dafür sprechen so manche Gedichte, die er als Mitglied des Rigaer Dichtervereins, dessen Mitbegründer er gewesen, gedichtet hat. — 3) Am 2. April in Shitomir der älteste der dortigen Aerzte, Dr. Eduard Galli, im 78. Lebensjahre. Der Verstorbene hatte seine medicinischen Studien an der ehemaligen medicinischen Schule in Wilna gemacht, an welcher er 1839 den Arztgrad erlangte. In Shitomir hat G. mehr als 40 Jahre prakticirt und gehörte dort zu den beliebtesten und angesehensten Aerzten. Die Gesellschaft Wolhynischer Aerzte ehrte ihn gelegentlich seines 50jährigen Jubiläums durch Ueberreichung des Ehrenmitglieds-Diploms der Gesellschaft. Dr. Galli hat eine grosse medicinische Bibliothek, sowie werthvolle Sammlungen von Gemälden und Mineralien hinterlassen. — 4) In St. Petersburg der jüngere Arzt des Daghestanschen Regiments A. Friemer, welcher von seinen kleinen Ersparnissen der Unterstützungskasse der Studenten der milit.-med. Akademie und dem Unterstützungsfonds für die Familien von Aerzten je 250 Rbl. vermacht hat.

— Die königlich schwedische Academie der Wissenschaften hat Professor Dr. Robert Koch in Berlin zum auswärtigen Mitgliede der Academie gewählt.

— Zum Professor der Chirurgie an der medicinischen Schule beim Thomashospital in London ist, an Stelle von Sir William Mac Cormac, Dr. Bernard Pitts ernannt worden.

— Professor Fick in Würzburg ist in Anerkennung seiner Forschungen zur allgemeinen Physiologie der Muskeln und Nerven die Cothenius-Medaille von der Leopoldinisch-Carolinischen Academie der Naturforscher in Halle verliehen worden.

— Die Senkenbergische Naturforschende Gesellschaft in Frankfurt a/M. hat in diesem Jahre den Sömmering-Preis dem Privatdocenten an der Universität Jena, Dr. med. Max Verworn, für seine Arbeit «die Bewegung der Substanz» einstimmig zuerkannt. Dieser im Jahre 1828 beim 50jährigen Doctorjubiläum des Anatomen und Physiologen Thomas v. Sömmering gestiftete Preis wird alle 4 Jahre einem deutschen Forscher «für die bedeutendste Leistung in der Physiologie im weitesten Sinne des Wortes» verliehen.

— Prof. Dr. Rudolf Virchow, der von seiner Londoner Reise ruhmgekrönt nach Berlin zurückgekehrt ist und seine so vielseitige Thätigkeit in vollem Umfange wieder aufgenommen hat, wurde in der vom 19. April abgehaltenen Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft, als deren erster Vorsitzender Virchow schon seit Jahren fungirt, eine Ovation bereitet. Prof. Virchow wurde von dem gesammten Vorstande an das festlich geschmückte Präsidialpult geleitet, worauf der Geh. Sanitätsrath Dr. Siegmund, der dritte Vorsitzende der Gesellschaft und langjährige Freund des Gefeierten, in warmen Worten ihn begrüsste und auf die Ehren hinwies, welche Englands Volk in allen seinen Schichten dem deutschen Gelehrten, dem Förderer und Mehrer der Wissenschaften, dem unermüdlichen Arbeiter für das Gemeinwohl erwiesen hat. Den Deutschen gebühre es daher, dem englischen Volke für diese ihrem Volksgenossen erwiesenen Ehrenbezeugungen zu danken. In seiner Dankrede betonte Prof. Virchow, dass er die ihm dargebotenen Ehren, die weit über das Maass dessen hinausgingen, was ein Mensch zu erhoffen gewagt hätte, als der deutschen Wissenschaft dargebracht ansehe. Er leugne keineswegs, dass er seine Reise nach England, wie die alljährlich nach Russland, als eine im Sinne einer internationalen Mission unternommen betrachte. Er halte es für eine Kulturnothwendigkeit, diesen internationalen Verkehr unter den Gelehrten zu pflegen und auf diese Weise zur Sicherung der Beziehungen der Völker zu einander beizutragen.

— Zum Vorsitzenden des nächstjährigen Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie wurde Prof. v. Esmarch (Kiel) gewählt, welcher von 175 abgegebenen Stimmen 154 erhielt.

— Der nächstjährige Congress für innere Medicin wird in München abgehalten werden. Zum Vorsitzenden desselben ist Professor Quincke (Kiel) gewählt worden.

— In Paris wird in nächster Zeit dem Begründer der ersten

[1]) Sammlung von Actenstücken, als da sind Eingaben und Adressen in Sachen der gemeingefährlichen Einwirkungen durch Magnetisation auf telepathischem (!) Wege. An verschiedene Behörden, Vereine etc. gerichtet von Dr. F. Wolley. Leipzig 1888.

[2]) Fernsprach-, Lausch- und Zerr-Frevel, Schein-Hypnotismus etc. Dem hohen Reichs-Landtag zu Berlin. Frankfurt 1. August 1891.

[3]) Grundriss der Psychologie. Leipzig 1887; der Materialismus im Verhältniss zu Religion und Moral. Leipzig 1886.

französischen Zeitung, der «Gazette de France», dem im Jahre 1653 verstorbenen Leibarzte Ludwig XIII., Théophraste Renaudot, ein Denkmal errichtet werden. Die «Association der medicinischen Presse von Paris» wird durch eine Deputation bei der Enthüllungsfeier vertreten sein.

— Aus der Statistik des Pariser Magistrats geht hervor, dass unter den Besitzern von Erlaubnissscheinen zur Benutzung des Velocipedes in den Strassen von Paris die Aerzte am zahlreichsten vertreten sind. Ihnen zunächst kommen die Magistratsbeamten. (Wien. med. Presse.)

— Das Denkmal, welches dem grossen deutschen Chirurgen und Dichter Prof. Dr. Richard v. Volkmann von Verehrern, Freunden und Schülern errichtet werden soll, ist bereits fertig und wird demnächst aufgerichtet werden. Dasselbe ist von einem Verwandten des Verewigten, dem in Rom lebenden Künstler Volkmann, ausgeführt und wird vor der chirurgischen Klinik in Halle seine Aufstellung finden. (A. m. C.-Ztg.)

— Die nach Chicago zur Columbus-Ausstellung reisenden Collegen machen wir darauf aufmerksam, dass zum Vorsitzenden des Empfangs- und Nachrichten-Bureau's, welches die Aerzte von Chicago für die anreisenden Collegen eingerichtet haben, Dr. Washington Earle, erwählt worden ist und an ihn alle Mittheilungen und Anfragen zu richten sind. Für jede Nation ist ein besonderer Secretär bestellt.

— Dr. Joh. Dsirne hat in Reval eine Frauenklinik, welche über 22 Betten verfügt, eröffnet. Aufnahme finden in derselben Frauenkrankheiten und chirurgische Krankheiten.

— Vom Medicinaldepartement ist das Einwickeln von Lebensmitteln in altes bedrucktes Papier und in Archivmaculatur verboten worden.

— In einer der letzten Sitzungen der Pariser «Assistance publique» ist der Beschluss gefasst worden, Maassregeln zu ergreifen, um zu verhüten, dass in Zukunft wohlhabende oder gar reiche Leute in den öffentlichen Krankenhäusern gegen Bezahlung der minimalen Taxen verpflegt und unentgeltlich operirt werden.

— Nach dem neuesten officiellen Cholerabulletin sind im Gouvernement Ufa vom 1—8. April 51 Personen erkrankt und 21 Personen an der Cholera gestorben. In der Stadt Orel sind vom 27. März — 3. April 9 Erkrankungen und 3 Todesfälle vorgekommen. Aus dem Ssaratowschen und Jelisawetpolschen Gouvernemt und aus dem Gebiet der donischen Kosaken werden ausserdem vereinzelte Fälle von Cholera gemeldet.

— In Frankreich herrscht die Cholera noch ungeschwächt fort; in Lorient sind vom 1. März bis 9. April 112 Erkrankungen mit 35 Todesfällen constatirt worden.

— Die Influenza wüthet noch immer in London, Stockholm, Kopenhagen und neuerdings recht heftig auch in Paris.

— Eine neue Mineralquelle. In Frankfurt a/Main ist man, wie die «Frankf. Ztg.» berichtet, vor Kurzem am Schaumain-Quai nicht weit von der Wilhelmsbrücke beim Grundgraben auf dem Freiherrn v. Liebigschen Terrain auf eine warme Quelle gestossen, welche in mächtigem Strahl aus der Tiefe hervorquoll. Die chemische Analyse des Wassers hat ergeben, dass die mineralischen Bestandtheile der neuentdeckten Quelle sehr ähnlich denen des Karlsbader Sprudels sind und der Frankfurter Sprudel dem Karlsbader nur an Gehalt von schwefelsaurem Natron um ein Geringes nachsteht. Der Besitzer des Grundstücks hat die Quelle einfassen lassen und wird diesen Quellenschatz ausnutzen. Es hat sich auch bereits ein «Consortium zur Verwerthung des Frankfurter Sprudels» gebildet, welches sich aus Banquiers, Aerzten, Chemikern, Bauunternehmern, Hausbesitzern etc. zusammensetzt. Dieses Consortium hat den Karlsbader Brunnenarzt, Hofrath Dr. Lirpa nach Frankfurt berufen, um daselbst als Brunnenarzt zu fungiren und die Errichtung des Sanatoriums des Curhauses, einer Wandelbahn etc. zu leiten.

— Die Morphiumsucht nimmt in Paris in recht bedenklicher Weise zu. Im Jahre 1883 berechnete Foville die Zahl der Morphiophagen daselbst auf 40,000; neuerdings spricht Dubut de Laforêt bereits von 100,000 Morphiophagen in Paris.

— Baron Rothschild hat ein Kapital von 500,000 Gulden zur Errichtung eines Hospitals für Krebskranke gespendet. Die Schenkung geschah zum Andenken an seine Frau, welche im vorigen Jahre am Krebs starb.

— Laut Circulairs des Kriegsministers d. d. 22. März c. erhalten auf allerhöchsten Befehl die Militärärzte und Feldscher, welche zur Verstärkung des Medicinischen Personals in den Turkestanschen Militärbezirk, sowie in das Terek-, Kuban- und Transkaspi-Gebiet bereits abcommandirt sind, oder künftig aus den inneren in die entfernten Bezirke zur Bekämpfung der Cholera geschickt werden, ihr Gehalt nach dem erhöhten Etat, wie derselbe für die daselbst beständig dienenden Beamten des Militär-Medicinal-Ressorts festgesetzt ist.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 11. April d. J. 6247 (233 mehr als in der Vorwoche), darunter 156 Typhus— (1 weniger), 436 Syphilis — (68 weniger), 62 Scharlach — (10 mehr), 12 Diphtherie — (4 mehr), 14 Masern — (4 mehr) und 35 Pockenkranke — (7 mehr als in der Vorw.).

Vacanzen.

1) Von der Pudosh'schen Landschaft (Gouv. Olonez) wird ein Arzt zur Leitung eines kleinen Krankenhauses (12 Betten) und des dazu gehörigen Bezirks gesucht. Geh. 1500 Rbl. jährl. Adresse; «Пудожская Земская Управа».

2) Die Stelle eines Stadtarztes in Pirjatin (Gouv. Poltawa) ist zu vergeben. Geh. 300 jährl. und 120 Rbl. zu Fahrten. Adresse: «Пирятинская Городская Управа».

3) Landschaftsarztstelle im Kreise Bjeloi (Gouv. Smolensk). Geh. 1000 Rbl. jährl. nebst freier, vollständig eingerichteter Wohnung. Adresse: «Бѣльская Земская Управа».

4) Das Tula'sche Gouvernements-Landschaftsamt sucht für den Fall des Auftretens der Cholera Aerzte, Studenten der Medicin und Feldscher auf wenigstens 3 Monate. Die Aerzte erhalten bis zum Auftreten der Cholera 150 Rbl. monatlich, nach dem Auftreten derselben 250 Rbl. monatl.; Studenten, welche noch nicht das Staatsexamen absolvirt haben, 100 Rbl., resp. 200 Rbl. monatlich, Studenten des IV. und V. Cursus 100, resp. 150 Rbl., Studenten des II. Cursus 50, resp. 75 Rbl. Das Leben der verheiratheten Aerzte wird von der Landschaft auf 5000 Rbl. versichert, das der unverheiratheten Aerzte auf 3000 Rbl., das der verheiratheten Studenten auf 3000 Rbl. und der unverheiratheten Studenten auf 1000 Rbl.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 4. April bis 10. April 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
331	270	601	117	50	78	10	6	22	66	56	61	45	46	31	11	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 11, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 5, Scharlach 13, Diphtherie 3, Croup 1, Keuchhusten 0, Croupöse Lungenentzündung 44, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 2, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 107, Tuberculose anderer Organe 13, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 46, Marasmus senilis 32, Krankheiten des Verdauungscanals 62, Todtgeborene 27.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 27. April 1893.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 3. Mai 1893.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

E. van der Vliet, Прядильный переулокъ, д. № 8, кв. 21.

Friederike Karlowna Simbill, Вас. Остр. 1½ л. № 51.

Marie Mohl, Вас. Остр. 1 л. д. № 44, кв. 3

Pauline Gebhardt, Вас. Остр. Б. просп. № 5, кв. 18.

Sophie Jordan, Вас. Остр., 10 лин д. 11 кв. 9.

Frau **Marie Kubero**, Мойка 84, кв. 19 напротивъ реформатской церкви.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.

Ida Belajew. Казанская № 52, кв. 24.

M. Winkler, Моховая ул. д. 29, кв 5, bei Frau Ewald.

А. А. Щукина, Поварской пер., д. 17, кв. 6.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Melanie Tromberg, Вас. Остр., 4 лин. № 19, кв. 6.

Ольга Кондратьева, Пески 3-я улица, д. 18/6, кв. 9.

Fr. **Amalie Schulze**, Офицерская 55/17, кв. 93.

Frau **A. Wiander**, Вас. Остр. 7 л. д. 6, кв. 6.

Frau **Dutzmann**, Демидовъ пер. д. 9, кв. 9.

Довв. ценз Спб. 16 Апр. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 17 St. Petersburg, 24. April (6. Mai) **1893**

Fünfter Aerztetag

der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der fünfte Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte findet in Dorpat statt und währt vom 1.—3. September dieses Jahres.

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht überschreiten darf, werden die Herren Aerzte ersucht, unter genauer Angabe des Themas und kurzer Wiedergabe des Inhalts baldmöglichst bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes:
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Fellin.

Bad Nauheim und die Behandlung der chronischen Herzkrankheiten.

Von

Med.-Rath Dr. Groedel.

(Schluss).

Auch der Erfolg der Terrainkuren beruht im Wesentlichen auf denselben Vorgängen, wie derjenige der Gymnastik. Doch werden auch noch andere Faktoren zur Erklärung ihrer Heilwirkung herangezogen, von welchen ich dem Einfluss auf die Respiration ganz entschieden die Hauptbedeutung beilege, wie ich denn auch Lungengymnastik für sich allein bei Herzkranken als recht wohlthätig wirkend vielfach verordne.

Das Bergsteigen, durch Stokes bekannt als Mittel, das unter Umständen ein schwaches Herz zu kräftigen vermag, ist von mir schon vor den Oertel'schen Publicationen öfter angewandt worden, allerdings häufiger erst, nachdem Oertel die Sache mehr methodisch ausgearbeitet hatte. In dem vorhin citirten 1886 gehaltenen Vortrage habe ich unter voller Anerkennung der Verdienste Oertel's nach meinen eigenen Erfahrungen auf das Eindringlichste vor einer Verallgemeinerung seiner Methode gewarnt, eine grosse Zahl von Einschränkungen derselben angegeben und namentlich hervorgehoben, dass man sehr vorsichtig damit zu Werke gehen müsse, da erst weitere Beobachtungen und wiederholte exacte physiologische Prüfungen volle Klarheit in Betreff des dafür Geeigneten und Ungeeigneten bringen könnten. Mit gleicher Bestimmtheit, wie in jenem Vortrage, kann ich heute die damals gesprochenen Worte wiederholen: «bei vielen Herzkranken ist die mechanisch-gymnastische Behandlung nach Oertel eine wesentliche Unterstützung unserer Badekur und die an und für sich meist schon recht guten Resultate der Badekur können durch jene Methode noch gesteigert werden. Aber gewiss bei der Mehrzahl der Patienten mit Circulationsstörungen, wie sie seither in Nauheim zur Behandlung kamen, ist die Terrainkur contraindicirt oder überhaupt nicht möglich, bei anderen wieder muss erst eine längere Badekur und sonstige Behandlung vorausgeschickt werden, bis die Patienten so weit sind, dass man mit der Terrainkur beginnen kann». Was ich weiter darüber in der jüngsten, fünften Ausgabe des Bäder-Almanachs Ste 32 gesagt habe, dürfte wohl der Ansicht der Majorität entsprechen: «bei den durch Adipositas bedingten Circulationsstörungen weist die Terrainkur recht günstige Erfolge auf. Was ihre Verwendung zur Behandlung andersartiger Herzkrankheiten, besonders von Klappenfehlern mit ungenügender Compensation betrifft, so müssen wir den durchaus reservirten Standpunkt, den wir schon früher zur fraglichen Sache genommen hatten, einen Standpunkt, dem Oertel in der neuesten Auflage seines Buches sich sehr nähert, aufrecht halten. Die Oertel'sche Bewegungskur wird fernerhin nur empfohlen werden dürfen zur Behandlung der schon genannten Fälle von Kraftabnahme des Herzens bei allgemeiner Adipositas, resp. Fettherz, und von Insufficienz des Herzmuskels bei Anämischen mit allgemein schlaffer Musculatur, bei Kyphose und Kyphoskoliose als Ursache gestörten Lungenkreislaufs, dagegen nur bei wenigen Fällen von Herzklappenfehlern, hauptsächlich Mitralinsufficienzen, wenn die Compensationsstörung sich noch in ihren ersten Stadien befindet oder durch andere vorausgegangene Kuren eine nahezu genügende Compensation bereits erzielt ist.» Stets muss die grösste Vorsicht und strenge Ueber-

wachung der Patienten dabei beobachtet werden. Die Gymnastik ist dem zweischneidigen Schwerte der Oertel-schen Terrainkuren vielfach vorzuziehen, weil sie nicht so angreifend, besser zu dosiren und oft noch in Fällen verwendbar ist, in welchen eine Terrainkur absolut unmöglich sein würde. Dagegen muss ich, um Missverständnissen vorzubeugen, betonen, dass die Gymnastik nicht im Stande ist, die Terrainkur völlig zu ersetzen und dass die letztere in Fällen, in welchen sie überhaupt ohne Gefahr angewandt werden kann, stets vorzuziehen ist, da man mit ihr ganz entschieden mehr zu leisten vermag. Mein Bestreben geht darum bei vielen Patienten dahin, sie so weit durch Bäder etc. zu bringen, dass sie einer Terrainkur unterworfen werden können. Ich meine natürlich damit die Steigbewegung; denn das Gehen in der Ebene, wenn es in ruhigem Schritte, mit öfterem Stehenbleiben und gleichmässigem Athmen ausgeführt wird, wenn das Sprechen dabei vermieden und von Zeit zu Zeit ausgiebige tiefe Athmungen mit verbunden werden, verträgt fast jeder Herzkranke, vorausgesetzt, dass man die zurückzulegenden Strecken richtig dem Leistungsvermögen des Patienten entsprechend abmisst. Doch giebt es immerhin unter den hierher gesandten Kranken eine Anzahl solcher, bei welchen in der ersten Zeit absolute Schonung und Ruhe, Vermeidung jeder körperlichen Anstrengung — Benutzung des Fahrstuhles — das Richtigste ist und zum Ziele führt.

Erwähnen muss ich noch die Massage, welche — gewöhnlich in Form der allgemeinen Massage angewandt — gleichfalls durch Steigerung der Circulation in Haut und peripheren Muskeln venöse Stauungen beseitigen und die Herzthätigkeit anregen soll. Sie dient häufig zur Unterstützung der Badekuren neben der Gymnastik, oft auch als Ersatz für die letztere in den nicht gar zu seltenen Fällen, wo die Gymnastik nicht vertragen wird oder wo sie von vorn herein contraindicirt ist, wie z. B. bei Arteriosklerose, den meisten Fällen von Aorten-Insufficienz, vorgeschrittener fettiger Entartung des Herzmuskels etc.

Dass wir bei vielen Patienten medicamentöser Behandlung nicht ganz entrathen können, möchte ich nicht unerwähnt lassen, füge aber hinzu, dass ich mit Dutzenden von Beispielen dienen könnte, in welchen zu Hause alle Medicamente ohne Erfolg blieben, während dieselben Mittel in Verbindung mit einer Badekur verordnet, in auffallender Weise ihre Wirkung entfalteten.

Nach dem eben Gesagten kann ich auch nicht mehr den von mir früher vertretenen Standpunkt betreffs der Indicationen, resp. Contraindicationen für eine Kur als unbedingt entscheidend aufrecht erhalten, nämlich «dass man keinen Patienten in ein Bad schicken solle, bei welchem alle innerlichen Herzmittel, vor allem Digitalis ohne jede sichtliche Beeinflussung der Herzaction bleibe». Auch die von mir an anderem Orte ausgesprochene Ansicht, dass man Kranke, bei welchen bereits Anzeichen sehr ausgedehnter fettiger Degeneration des Herzmuskels vorliegen oder bei welchen man wegen ausgebreiteter Arteriosklerose eine Apoplexia cerebri befürchten zu müssen glaubt, besser zu Hause lasse, kann ich nicht mehr mit der früheren Bestimmtheit als maassgebend bezeichnen. Einmal ist es oft sehr schwer zu entscheiden, wie weit die Degeneration des Herzmuskels schon vorgeschritten ist und andererseits werden mitunter in ganz verzweifelten Fällen mit hochgradigsten Compensationsstörungen noch günstige Erfolge durch eine Badekur, gewöhnlich verbunden mit medicamentöser, mechanischer und diätetischer Behandlung erzielt. Eine von ganz bestimmten Normen ausgehende allgemeine Regel lässt sich eben nicht aufstellen. Immerhin darf doch noch der Rath als am meisten Anhalt gebend bezeichnet werden, dass der Hausarzt in jedem Falle sich erst ein Urtheil darüber bilden soll, ob überhaupt noch ein gewisses Reactionsvermögen des Herzens auf medicamentöse und sonstige Eingriffe vorhanden ist, ehe er den Entschluss fasst, einen Patienten noch in ein Bad zu schicken.

Was den Umfang des zu erhoffenden Erfolges betrifft, so wird man sich in manchen Fällen gerne damit begnügen, eine wenn auch nur nach Monaten zählende vorübergehende Besserung erzielt zu haben. Bei der Mehrzahl unserer Patienten gelingt es aber, namentlich durch regelmässig wiederholte Kuren, auf Jahre hinaus einen relativ guten Gesundheitszustand herzustellen. Dass in einem Badeorte, in welchem alljährlich viele Hunderte von Herzkranken sich aufhalten, auch zuweilen Todesfälle vorkommen, wird Niemanden Wunder nehmen, und ich behaupte, selbst auf die Gefahr hin, dass man mir vielleicht den Gedanken unterschieben möchte, damit pro domo zu sprechen, dass in den mir bekannten Fällen der Exitus nicht durch die Badekur, sondern nur zufällig während derselben erfolgt ist. Während meiner langjährigen Thätigkeit als Arzt in Bad-Nauheim habe ich es niemals erlebt, dass ein plötzlicher Todesfall in der Wanne selbst erfolgt ist und nur zwei Fälle sind mir bekannt, in welchen unmittelbar nach einem Bade während des Ankleidens durch Apoplexie der Tod eintrat, ein Factum, das durch die mit dem Ankleiden verbundene Anstrengung — es war beidemale beim Bücken zum Strumpfanziehen — allein sich hinlänglich erklären lässt.

Dass man Patienten, welche, nach Analogie der Idiosynkrasie mancher Personen gegen gewisse Medicamente, auf die Bäder fortgesetzt in abnormer Weise reagiren (Steigerung der Pulsfrequenz, grössere Dyspnoe etc.), was jedoch nur sehr selten beobachtet wird, die Badekur abbrechen lässt, ist selbstverständlich.

Ich will nun zunächst zur besseren Beleuchtung des bis jetzt Gesagten, namentlich aber um den Gang der Behandlung etwas zu detailliren, einige charakteristische Krankengeschichten vorführen.

Zunächst bringe ich ein Beispiel von complicirtem vitium cordis (Insuff. valv. semil. aort., insuff. valv. mitral. et stenos. ost. venos. sin.) nach acutem Gelenkrheumatismus bei einem jungen Menschen, bei welchem es gelang, durch wiederholte Kuren eine vollständige Compensation in dem so schwer geschädigten Circulationsapparate herzustellen.

N. N. 16 J. alt, hat 1883 zum ersten Mal und seitdem noch zwei Mal acuten Gelenkrheumatismus verbunden mit schwerer Endocarditis durchgemacht, zuletzt voriges Jahr deshalb 4 Monate zu Bett gelegen. Kommt hier am 10. Juni 1886 an, ist sehr anämisch, im Wachsthum für sein Alter ausserordentlich zurück und leidet an solcher Kurzathmigkeit, dass er nur wenige Schritte ohne stehen bleiben zu müssen, gehen kann, hat oft Herzklopfen, schläft sehr unruhig, stöhnt oft im Schlaf, fühlt sich im Ganzen sehr elend.

Herz: Dämpfung reicht von der rechten Brustwarze bis nahe zur linken Axillarlinie, die ganze Brustwand ist durch die Herzthätigkeit in ein beständiges Wogen versetzt, die linke Brusthälfte stark vorgewölbt. An der Herzspitze zwei laute Geräusche, an der Aorta ein diastolisches Geräusch von fast musikalischem Charakter; der zweite Pulmonalton stark accentuirt, Herzaction sehr rasch. 140 in der Minute, aber. seltene Intermissionen ausgenommen, regelmässig.

Er kann schon lange nicht mehr ohne Digitalis sein und soll solche auch vorerst noch fortnehmen, den grössten Theil des Tages im Fahrstuhl im Freien verbringen und auch im Zimmer so wenig wie möglich gehen, sich ankleiden lassen etc.

Die Bäder werden anfangs nur als Halbbäder und einen um den anderen Tag genommen, von der zweiten Woche ab immer am 3. Tage pausirt; von 5 Minuten Dauer wird allmälig auf 10 gestiegen. Die Temperatur der Bäder bleibt während der ganzen Kur 32½—33° C. der Salzgehalt 1—1½% bei geringer Kohlensäuremenge.

Nach 14 Tagen wird mit Digitalis aufgehört und mehr Gehen erlaubt, das von Tag zu Tag besser wird, gleichzeitig mit dem Nachlass der Dyspnoe. Nach 6 Wochen Aufenthalt mit 24 Bädern reist er bedeutend wohler in die Heimath zurück. Der Puls ist auf etwa 100 in der Minute zurückgegangen, am Herzen der Befund sonst noch derselbe, wie bei der Ankunft. Am 28. Mai 1887 sehe ich ihn wieder. Er sieht viel besser aus, hat keinen Gelenkrheumatismus mehr gehabt, das Herz macht ihm nur bei körperlichen Anstrengungen Beschwerden. Die Herzdämpfung ist entschieden etwas zurück-

gegangen, die Geräusche unverändert. Herzthätigkeit ruhiger, aber immer noch die ganze Brustwand hebend. Puls 90—100. Er kann schon Spaziergänge von ¼ Stunde machen, ohne stehen bleiben zu müssen.

Die Bäder wurden diesmal stärker genommen, mit 8 Minuten begonnen und allmälig auf 15 gestiegen, anfangs jeden 3., dann jeden 4. Tag pausirt. Mit dem Salzgehalt wurde von 1½—2½ % gestiegen und von Thermalbädern mit geringem Kohlensäuregehalt zu solchen mit stärkerem und schliesslich zu den sog. Sprudelbädern mit sehr starkem Kohlensäuregehalt übergegangen unter gleichzeitiger allmäliger Verminderung der Badewärme von 32½ auf 30½° C., im Ganzen 28 Bäder, nebenbei täglich zweimal Lungengymnastik 5—10—15 Minuten lang mit entsprechenden Pausen.

Er hat in 6 Wochen 8 Pfund zugenommen und kann ohne Ermüdung und Athemnoth ½ Stunde in der Ebene gehen. Die Herzdämpfung ist etwas mehr zurückgegangen, das Geräusch an der Aorta hat den musikalischen Beiklang verloren.

Er trat dann in sein väterliches Geschäft ein und konnte in demselben bis zu seiner Wiederkehr am 27. Mai 1888 ohne Unterbrechung thätig sein. Er klagte jetzt eigentlich gar nichts mehr, hat selbst bei ziemlich raschem Gehen kein Herzklopfen. Das Geräusch über der Aorta ist sehr schwach geworden, Geräusche an der Herzspitze unverändert. Die Vorwölbung der Brustwand ist geringer, die Herzdämpfung reicht nur noch 1 Ctm. über den rechten Sternalrand und bis zur Mamillarlinie nach links. Spitzenstoss stark hebend in der Mamillarlinie im 5. und 6. Interstitium. Puls 90.

Die Kur, 25 Bäder zusammen bestand diesmal vorzugsweise aus Sprudelbädern, die noch theilweise durch Mutterlauge verstärkt waren. Mit der Temperatur wurde rasch von 32½ auf 30½° herabgegangen, mit der Zeit von 10 auf 15 Minuten gestiegen und jeden 4. Tag pausirt. Gleichzeitig liess ich diesmal Widerstandsgymnastik machen, um das Herz zu noch grösserer Leistungsfähigkeit zu bringen. Die Kur bekam wieder ganz vorzüglich, ebenso die vierte und letzte Kur im J. 1889 in Verbindung mit Terrainkur (Wege mit geringer Steigung). Der Puls war nur noch 72 in der Minute, das Geräusch an der Aorta kaum mehr hörbar, Herzgrenzen wie das Jahr vorher, Herzspitzenstoss wenig hebend, allgemeiner Kräftezustand sehr befriedigend, hat absolut nichts zu klagen, so dass man nun von einer vollständigen Compensation reden durfte. Seit dieser Zeit habe ich ihn nicht mehr gesehen, aber wiederholt von seinem ausgezeichneten Gesundheitszustande gehört. Er ist jetzt schon zwei Jahre in einem Geschäft in England thätig. Von Gelenkrheumatismus blieb er seit seiner ersten Kur gänzlich verschont.

Bei dem nun folgenden Patienten handelt es sich um einfache Mitralinsufficienz nach Gelenkrheumatismus, wobei durch eine einmalige Kur vollständige Compensation erreicht wurde, so dass selbst ein mehrere Jahre später erfolgter neuer Anfall von Gelenkrheumatismus ohne das Herz im Geringsten in Mitleidenschaft zu ziehen, vorüberging. Erst 12 Jahre nach der ersten Kur trat durch äussere Veranlassung wieder eine Störung der Compensation ein, welche wiederum durch eine Kur völlig beseitigt wurde.

Herr N. N. 45 J. alt, kommt zum ersten Mal in meine Behandlung 1877. Hat wiederholt Rh. artic. acut. gehabt, von dem vorjährigen Anfall eine Insuff. valv. mitr. mit geringer Hypertrophie zurückbehalten. Hat oft ohne besondere Veranlassung starkes Herzklopfen und bei geringen körperlichen Anstrengungen Athemnoth. Kur von 25 Thermalsoolbädern mit mässigem Gehalt von Kohlensäure, 1½ bis zu 3% Salz, 33—31° C., 10 bis 15 Min. Dauer. Danach alle Beschwerden, auch rheumatische, verschwunden und völliges Wohlbefinden bis zu einer neuen Erkrankung an acutem Gelenkrheumatismus im Frühjahre 1883, ohne Herzbetheiligung. Kur von 10 Thermalbädern und 14 Sprudelbädern (hoher Kohlensäuregehalt, 32½° warm 10—15 —20 Minuten lang) beseitigt die Reste seines Gelenkrh. Am Herzen das systolische Geräusch an der Spitze sehr schwach hörbar, vollständig compensirt ohne wesentliche Hypertrophie. Er blieb nun gesund bis 1889. Durch geschäftliche Aufregungen und nicht gerade vorsichtige Lebensweise war die Compensation gestört, er klagte wieder über starkes Herzklopfen, verbunden mit Athembeschwerden, Eingenommenheit des Kopfes, schlechten Schlaf etc. Am Herzen fand sich eine Verschärfung des alten Geräusches, stärkere Dilatation nach rechts und links, Herzaction unregelmässig, 90—100 in der Minute. Eine vierwöchentliche Kur, zur Hälfte Thermal-, zur Hälfte Sprudelbäder, 32½—30½° warm, 10—15 Min. Dauer, ca. 2%—2½% Salzgehalt brachte ihm Hebung aller Beschwerden. Die Herzthätigkeit war wieder ganz normal, Dilatation zurückgegangen. Im nächsten Jahre vorsichtshalber Wiederholung der Kur. Zustand des Herzens derselbe wie am Ende der vorjährigen Kur. Diesmal Verbindung der aus 17 Sprudel- und 4 Sprudelstrombädern von 30½° Wärme bestehenden Badekur mit Terrainkur. Geht ausserordentlich wohl von Nanheim weg. Ist seitdem gesund geblieben.

Der nächste Patient giebt uns ein Beispiel von reiner Dilatatio et Debilitas cordis durch Ueberanstrengung.

N. N., Offizier, 30 J. alt, hat nach einem ungewöhnlich raschen und anstrengenden Ritt plötzlich sehr starken Druck auf der Brust gefühlt, verbunden mit grosser allgemeiner Mattigkeit. Der Druck auf der Brust blieb permanent, dabei Athemnoth. Man constatirte eine acute Dilatatio cordis und verordnete absolute Ruhe und Digitalis, worauf Besserung eintrat. Als er seinen Dienst wieder antrat, bemerkte er jedoch, dass sich bei unbedeutenden Anstrengungen stets der Druck wieder einstellte. Auch belästigte ihn oft eine unregelmässige aussetzende Thätigkeit des Herzens.

Untersuchung am 5. Juli 1884. Herz nach links bis nahe zur Mamillarlinie vergrössert, wenig nach rechts: der zweite Ton überall gespalten; Töne schwach, aber rein hörbar. Puls sehr wechselnd, von 70 bis etwa 100 in der Minute, manchmal aussetzend.

Verordnung: Thermalsoolbäder von mässigem Gehalt an Kohlensäure, 2% Salz, 32½° C. warm, 15 Minuten lang, 4. Tag Pause, allmälig zu stark-kohlensäurehaltigen Sprudelbädern übergehend, von 10 auf 15 Minuten steigend, durch Eis nach und nach auf 28° abgekühlt, von 29° ab wieder nur 10 Minuten lang, im Ganzen 24 Bäder, dabei Verbot jeder stärkeren körperlichen Anstrengung, wie Treppensteigen etc. Bei der Abreise fühlte er sich völlig wohl, Puls ganz normal, keine Spaltung des 2. Tones, Töne laut hörbar, geringe Vergrösserung noch nachweisbar.

Der Herr kam im nächsten Jahre noch einmal, fühlte den Druck nur noch manchmal nach dem Reiten und Tanzen, konnte jedoch seinen dienstlichen Verpflichtungen bei der Truppe stets nachkommen.

Kur: 21 Sprudelbäder von 30½—28° C., 4. dann 5. Tag Pause, 15 Minuten Dauer. Nach der Kur vollständiges Wohlbefinden und seit dieser Zeit ist der Herr, wie ich vor nicht langer Zeit hörte, stets gesund geblieben und heute noch activer Cavallerie-Officier.

Ich berichte nun über einen Patienten, bei welchem hochgradige Herzmuskel-Insufficienz mit Dilatatio cordis bestand, für welche nur Adipositas und chronische Bronchitis als ursächliche Momente ermittelt werden konnten.

Herr N. N. kommt im Juni 1886 zum ersten Mal in meine Behandlung, damals 48 J. alt. Patient hat vor 6 Jahren eine Apoplexie gehabt, in Folge deren Bein und Arm der einen Seite noch theilweise gelähmt sind. Er ist schon lange sehr corpulent, hat wiederholt an sehr hartnäckigen Bronchialkatarrhen gelitten, so auch im April dieses Jahres. Seitdem ist er sehr kurzathmig bei der geringsten Bewegung, aber auch in der Ruhe. Wenn er sich legt, hat er gar keine Luft und verbringt deshalb schon einige Wochen die Nächte in einem Sessel sitzend. Die Beine sind bis über die Knie geschwollen, Ascites.

Herz: Starke Vergrösserung nach rechts und links, Töne sehr schwach aber rein; Puls klein, 85—90, regelmässig. Urin sehr concentrirt, frei von Eiweiss.

Er hat zu Hause ohne sichtbaren Erfolg Digitalis genommen, soll damit vorerst unter zeitweiligem Pausiren fortfahren.

Kur: beginnt mit kohlensäurefreien Bädern 33° C. warm, 10 Minuten lang, einprocentig, einen um den anderen Tag, dann 3. Tag Pause, während des Bades Eis auf dem Kopfe, das aber bald weggelassen wird, da jede Erregung ausbleibt. Nach 5 Bädern schwach kohlensäurehaltige Bäder von 1½% Salzgehalt, 32½°, 10 Min., 3., dann 4. Tag Pause. Der Salzgehalt wird erhöht bis zu 3%, dann noch durch Mutterlaugezusatz weiter gesteigert. Mittlerer Kohlensäuregehalt. Dauer bis zu 20 Min. ausgedehnt, Temperatur nur bis zu 31½° vermindert. Er nimmt im Ganzen 25 Bäder; nach 10 Bädern die erste Nacht im Bett verbracht, Hydrops schwindet bald, die Athemnoth weicht, Patient fühlt sich sehr wohl, hat an Gewicht, wohl hauptsächlich in Folge der starken Diurese, bedeutend verloren. Herzdämpfung wesentlich kleiner geworden, Herztöne lauter hörbar, Puls voller, 70. Patient kann bei der Abreise ohne Mühe und Beschwerden kleine Strecken gehen. Soll zu Hause regelmässige Spaziergänge in der Ebene machen und, um neuen Fettansatz etc. zu verhüten, die von ihm während der Kur gewissenhaft beobachtete, ihm vorgeschriebene Diät weiterführen.

Dass zu der raschen Besserung, namentlich dem Schwund des Hydrops die anfangs noch weiter verabfolgte Digitalis wesentlich mit beigetragen hat, ist gewiss. Aber ich betone nochmals, was ich früher schon einmal bemerkt,

dass dasselbe Medicament zu Hause — er kam von Prof. Rühle in Bonn zu mir — in verschiedener Form genommen, gänzlich versagte, während es in Verbindung mit der Badekur sich wirksam zeigte.

1887 wurde die Kur wiederholt. Der Herr war eigentlich ohne alle Beschwerden angekommen, abgesehen von etwas Kurzluftigkeit beim Treppensteigen. Da er trotz der gegebenen Vorschriften wieder corpulenter geworden war (240 Pfund), so wurde eine strengere Entfettungskur und Bergsteigen neben der Badekur, die aus 24 Thermalsoolbädern mit mittlerem Kohlensäuregehalt. 3—4—5 % Salzgehalt, 32—30° C. Wärme und 15 bis zu 30 Minuten Dauer bestand, verordnet.

Die Kur bekam so vorzüglich, dass Patient trotz der Schwäche seines linken Beines einen dicht bei Nauheim liegenden Berg von etwa 1000 Fuss Höbe auf einem Weg von mittlerer Steigung zweimal unmittelbar hintereinander besteigen konnte. Gewichtsabnahme in 4 Wochen 11 Pfund.

Im Jahre darauf erschien er abermals. Sein Körpergewicht hat neuerdings zugenommen und wohl in Folge dessen ist er wieder manchmal etwas beengt. Sofort wird mit der Terrainkur begonnen; die Badekur besteht diesmal aus den kohlensäure- und salzreichen Sprudelbädern unserer stärksten Quelle, noch durch reichlichen Mutterlaugezusatz verstärkt und von 33 bis zu 29° abgekühlt. Auch diese Kur bekam ausgezeichnet und seitdem kommt er jedes Jahr zu einer Kur von 20—25 Bädern derselben Art, verbunden mit Terrainkur. Sein Körpergewicht ist ziemlich das gleiche geblieben; am Herzen lässt sich ausser einer geringen Verbreiterung der Herzdämpfung nach links und etwas schwach-hörbaren Herztönen nichts Abnormes nachweisen.

Nun ein Fall von vollständig ausgeheiltem Herzklappenfehler:

N. N. 11 J. alt, kommt am 26. Mai 1886 in meine Behandlung. Im vergangenen Winter acuten Gelenkrheumatismus mit Endocarditis gehabt. Herz: geringe Verbreiterung der Herzgrenzen nach rechts und links, Herzspitzenstoss stark hebend nahe der Mamillarlinie. An der Herzspitze statt des ersten Tones ein laut-sägendes Geräusch, zweiter Pulmonalton accentuirt.

Herz bei der Abreise, nach einer fünfwöchentlichen Kur von 25 schwach-kohlensäurehaltigen 33—32° C. warmen Thermalsoolbädern: Geräusch nur noch sehr schwach hörbar, Spitzenstoss weniger stark hebend.

Im nächsten Jahre Wiederholung der Kur. Das Geräusch war, wie mir der Hausarzt berichtete, nach einigen Wochen ganz verschwunden. Ich fand nur noch Spaltung des ersten Tones an der Herzspitze, etwas stark hebenden Spitzenstoss, keine Spur von Geräusch mehr. Vierwöchentliche Kur, 10 Thermalsoolbäder, 10 Sprudelbäder.

Wiederholung der Kur 1888. Herzstoss normal, manchmal noch Spaltung des ersten Tones zu hören.

Nochmalige Kur 1889. Herz ganz normal; er hat seit der ersten Kur keinen Rheumatismus mehr gehabt und ist auch bis heute, wie ich höre, gesund geblieben.

Zu diesem Fall muss ich noch einige Bemerkungen machen, nämlich was die Heilbarkeit von Herzklappenfehlern betrifft. Vollständiges Schwinden eines ausgebildeten Klappenfehlers habe ich nur in einer recht beschränkten Zahl von Fällen gesehen und zwar hauptsächlich bei jugendlichen Individuen, wo es sich offenbar um frische endocarditische Auflagerungen an den Klappen oder um Infiltrationen gehandelt hat. Aber auch einige auf diese Weise nicht erklärbare Fälle sind mir vorgekommen und ich führe hier nur noch an, was Prof. Eichhorst-Zürich über die Heilung eines Klappenfehlers bei einem von mir behandelten Patienten im 1. Bande seines Handbuches der speciellen Pathologie und Therapie, Ste 58, sagt:

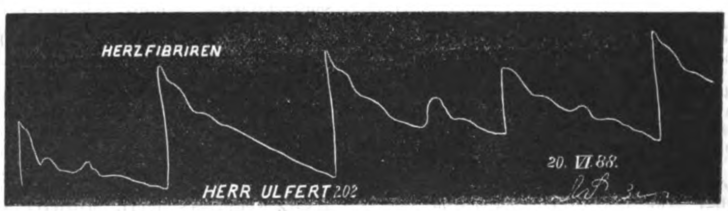
«Von Heilung der Mitralklappeninsufficienz habe ich einen Fall bei einem 36-jährigen Herrn gesehen. Der Herr hatte nach Gelenkrheumatismus eine ausgebildete Mitralklappeninsufficienz zurückbehalten und besuchte auf meinen Rath Nauheim. Schon das erste Mal kehrte er wesentlich gebessert wieder und nach einem nochmaligen Aufenthalt in Nauheim sind die krankhaften Erscheinungen am Herzen so vollständig verschwunden, dass der einstige Herzkranke in eine sehr scrupulöse Lebensversicherungsgesellschaft aufgenommen wurde, weil sich nichts Krankhaftes mehr nachweisen liess.»

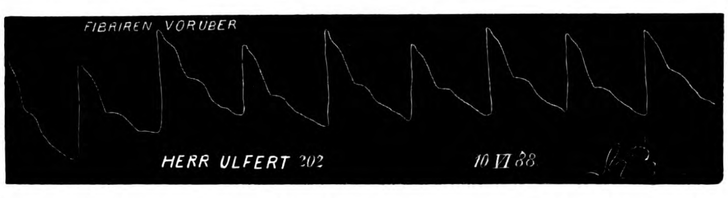
Der betreffende Herr war im J. 1884 zum ersten Mal in meiner Behandlung und kehrte seitdem mit einer einzigen Ausnahme jedes Jahr zu einer 3—4-wöchentlichen Kur wieder. Wiewohl er eigentlich nichts zu klagen hat, so benutzt er doch vorsichtshalber seine geschäftlichen Ferien stets zu einer Badekur. Von einem Klappenfehler ist auch jetzt, nach 10 Jahren, nichts nachzuweisen.

Zum Schluss bringe ich noch kurz einen Fall, um durch sphygmographische Bilder den Einfluss der Kur anschaulich zu machen.

Herr N. N., 56 J. alt, kommt am 8. Juni 1888 wegen Dilatatio cordis und Emphysema pulmonum in meine Behandlung. Er hat schon seit seiner Kindheit viel an Katarrhen gelitten, klagt über Athembeschwerden beim Treppensteigen, die durch Katarrhe sich sehr steigern. Er spürt dann oft ein eigenthümliches «Fibriren» am Herzen.

Untersuchung: Lungengrenzen etwas verbreitert, Rhonchi. Am Herzen überall schwache Töne. Spitzenstoss undeutlich fühlbar, mässige Verbreiterung des Herzens nach rechts und links. Puls voll, 86, manchmal aussetzend, besonders stark und dabei Puls auf 50—60 zurückgehend, wenn er das «Fibriren, Zittern» am Herzen spürt, wie man aus folgenden Pulscurven ersehen kann, die während und direct nach solchem Zustande aufgenommen sind.





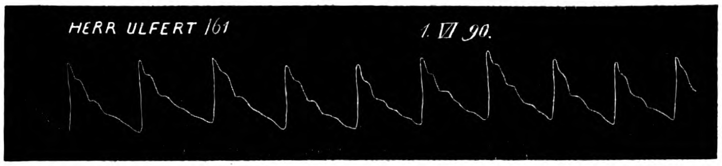
Am Schluss seiner aus 28 Bädern bestehenden Kur absolutes Wohlbefinden, Puls nicht mehr aussetzend, Herzgrenzen normal, Töne lauter hörbar, Lunge frei von Rasseln.

Am 29. Mai 1889 Wiederkehr. Der Erfolg der vorjährigen Kur war anhaltend. Jetzt fühlt er sich wieder etwas mehr beengt, wie er selbst glaubt, in Folge unvorsichtiger Lebensweise, namentlich allzu reichlichen Weingenusses. Befund: Lunge etwas ausgedehnt, Herz nicht dilatirt, Töne schwach hörbar, Puls 90 aber regelmässig. Kur 20 Bäder. Bei der Abreise Befinden wieder sehr gut. Puls 72.

Im folgenden Jahre Wiederholung der Kur. Dauerndes Wohlergehen, abgesehen von den zeitweilig, aber seltener auftretenden Katarrhen, welche etwas Athembeschwerden und zuweilen Herzzittern bedingen. Befund am Herzen wie am

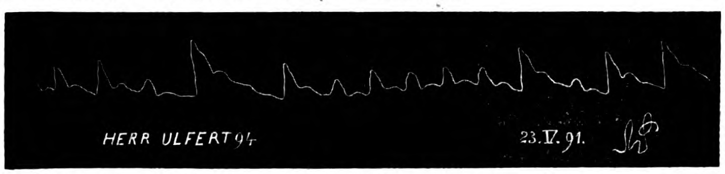
Schluss der Kur 89, ebenso die Pulscurve, welche folgendes regelmässige Bild gibt.

Am 20. Mai 1891 kehrt er in sehr schlechtem Zustande wieder. Bis vor 4 Wochen ging es ihm sehr gut. Dann bekam



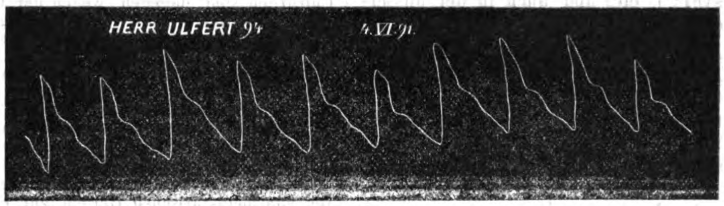
er, wahrscheinlich wieder in Folge incorrecter Lebensweise, starke asthmatische Beschwerden, besonders bei Bewegungen, aber auch im Bette. Das Gefühl von Zittern am Herzen hat er jetzt fast beständig, dabei fortwährend Schweiss. Bei der Untersuchung fand sich die Ausdehnung des Herzens nach

rechts und links viel grösser, wie früher, Spitzenstoss fingerbreit ausserhalb der Mamillarlinie angedeutet, daselbst ein dumpfes systolisches Geräusch, Töne ungemein schwach hörbar, Herzaction sehr unregelmässig, wie aus folgender Curve ersichtlich.



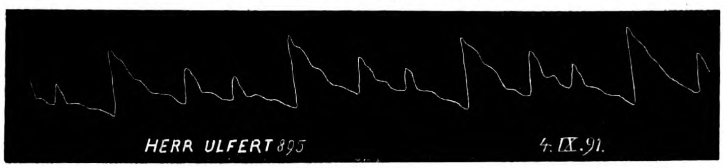
Er hat zu Hause schon Digitalis und Kal. jodat. ohne Erfolg genommen. Fährt noch 8 Tage mit Digitalis und während

der ganzen Kur mit Kal. jodat. fort. Schon nach 14 Tagen bedeutende Besserung, Puls fast regelmässig.



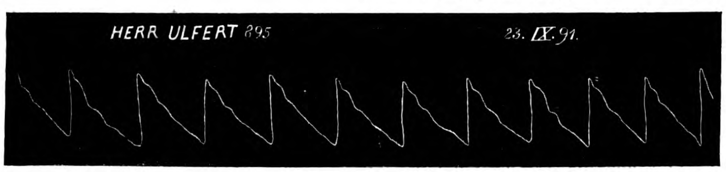
Die Herzdämpfung wird kleiner, Spitzenstoss rückt in die Mamillarlinie. Athembeschwerden gering, Herzflattern verschwunden. Töne lauter, Geräusch noch hörbar. Fortschreitende Besserung bis zum Ende der Kur (24 Bäder).

Anfangs September desselben Jahres kehrt er noch einmal wieder, fühlt sich im Ganzen wohl, bemerkt nur oft unregelmässige Herzthätigkeit bei Aufregungen. Herzuntersuchung ergiebt gleiches Resultat wie am Ende der Kur im Frühjahr, aber ungleiche Action. Puls entspricht der folgenden interessanten Curve:



Er nimmt nur 15 Bäder, dabei leichte Gymnastik. Am Ende der Kur Herzthätigkeit regelmässig, Spitzenstoss etwas innerhalb der Mamillarlinie.

Bis zu der im Jahre 1892 wieder unternommenen Kur hatte er regelmässig zu Hause zwei künstliche Nauheimer Bäder in der Woche genommen. Hatte während des ganzen Winters



keine asthmatischen Beschwerden; unregelmässige Herzaction fühlte er nur zuweilen nach stärkerem Weingenuss und nach Aufregungen, aber auch dann nicht mehr in dem Maasse, wie früher: ein gerade in solchem Moment während der Kur aufgenommenes Sphygmogramm zeigt dies auch.

Sonst war der Puls immer regelmässig; der Herzbefund



zeigte keine Verschlimmerung gegen das Vorjahr. Eine Kur von 20 Bädern, wieder mit etwas Gymnastik, that ihm sehr wohl. Nach einem jüngst an mich gelangten Schreiben geht es ihm gut. Er nimmt wieder zu Hause die künstlichen Nauheimer Bäder.

Dass der Erfolg nicht stets ein so guter ist und sein kann, wie in den mitgetheilten Fällen, habe ich schon oben gesagt. Aber dass die erzielten Resultate doch im Ganzen genommen befriedigende sind, dafür spricht der

Umstand, dass wir in den meisten neueren Lehrbüchern der inneren Medicin eine unumschränkte oder doch theilweise Bestätigung und Anerkennung dessen finden, was von Nauheim aus berichtet worden ist, so bei Prof. Strümpell-Erlangen: Lehrbuch der spec. Pathologie und Therapie, Prof. Fraentzel-Berlin: Vorlesungen über die Krankheiten des Herzens, Prof. Friedr. Albin Hoffmann-Leipzig: Vorlesungen über allgemeine Therapie, Prof. Eichhorst-Zürich: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie u. A. m.

Nur aus dem zuletzt genannten Buche will ich einen dahingehenden Satz hier anführen. Ste 93, I. Bd. des betr. Buches sagt Eichhorst: «Von den Patienten, welche ich binnen der letzten beiden Jahre zur Kur nach Nauheim schickte, ist ein Herr mit Mitralklappenfehler, wie bereits pag. 56 erwähnt, nach dem zweiten Aufenthalte vollständig genesen, während bei mehreren anderen mit demselben Herzklappenfehler, die vordem vielfach an schweren Compensationsstörungen gelitten hatten, eine sehr bedeutende und nachhaltige Besserung eintrat.»

Auch in vielen Journal-Aufsätzen ist die günstige Wirkung der Nauheimer Kur erwähnt, so u. a. von Leyden[15]) Liebermeister[16]) etc. und auch in der ausserdeutschen med. Presse finden wir ihr besondere Abhandlungen gewidmet, so in den schwedischen Mittheilungen nach eigenem Kurgebrauch von Dr. Aug. Wiborgh[17]) und in der dänischen von Dr. E. Israel[18]).

Wenn ich nun noch einmal in wenigen Sätzen das Wesentlichste über die in Nauheim üblichen Kuren bei Kreislaufsstörungen zusammenfassen darf, so möchte ich folgendes sagen:

Bei der Eigenart der Nauheimer Bäder ist es möglich für alle Fälle dem Princip der Schonung und der Uebung der Kreislaufsorgane, wie es F. A. Hoffmann sehr schön in seiner «Allgemeinen Therapie» auseinandergesetzt hat, gerecht zu werden und dieselben im richtigen Maasse miteinander zu verbinden.

In gleicher Weise müssen die übrigen zu Gebote stehenden Hilfsmitsel (Gymnastik, Terrainkur, Diät etc.) benutzt werden.

Dem entsprechend werden anfangs wärmere, reizlosere — mehr Herzentlastende Bäder angewandt und analog, wo überhaupt angezeigt, anfangs passive oder sehr leichte Widerstandsgymnastik.

Mit wachsender Leistungsfähigkeit des Herzens geht man dann zu immer kühleren und stärker reizenden Badeformen und analog zu kräftigerer Widerstandsgymnastik und zu Steigkuren über.

Dabei muss das ganze sonstige Verhalten, namentlich die Diät, in hervorragender Weise berücksichtigt und dem Einzelfalle angepasst werden.

Auf diese Weise gelingt es, wenn auch nicht stets, so doch meist und für alle vorkommenden Arten von Störungen der Herzthätigkeit und der Circulation einen genügenden Ausgleich, oft auf die Dauer oder doch für längere Zeit herbeizuführen und den Herzmuskel häufig wieder so weit zu kräftigen, dass er auch stärkeren, aussergewöhnlichen Anforderungen Genüge zu leisten vermag, theils durch Tonisirung des Herz- und Gefässnervensystems, theils durch Bewerkstelligung einer besseren Ernährung des Herzmuskels und Herstellung einer sog. compensatorischen Hypertrophie, endlich durch Beseitigung vorhandener nicht irreparabler Veränderungen an den betreffenden Organen und durch Tilgung gewisser Krankheitsdispositionen und Schaffung eines Gesammtgesundheitszustandes, der die Wiederkehr jener Störungen möglichst ausschliesst.

Ich weiss sehr wohl, dass ich in dieser Arbeit nicht viel Neues für die Wissenschaft, aber vielleicht doch manches Neue für den einen oder anderen Collegen gebracht habe, und wenn ich es vermieden habe, den theoretisirenden Betrachtungen und vielfach auf Hypothesen beruhenden Schlüssen über die meisten von mir berührten Fragen näher zu treten, so that ich es deshalb, weil ich nur die Absicht hatte, in kurzen Umrissen die Entstehung und Bedeutung Nauheims als Kurort für Herzkranke zu schildern.

---

[15]) Herzkrankheiten in Folge von Ueberanstrengung. Deut. med. Wochenschr. 1886.

[16]) Die Therapie der Klappenfehler. Deutsche med. Wochenschrift. 1891.

[17]) Bad-Nauheim, särskildt med hänsun till hjertsjukdomars behandling derstädes. Hygiea, Stockholm 1888.

[18]) Om Nauheimkur ved kronisk Hjertesygdom: medelt i medicinsk Selskab 17/3 91. Kjobenhavn 1861.

Referate.

E. Pfuhl: Ueber die Infection der Schusswunden durch mitgerissene Kleiderfetzen. (Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten Bd. 13 Heft 3).

Unter den Kriegschirurgen wird jetzt discutirt, ob nicht frische Schusswunden sofort absolut durch Naht oder Klebepflaster geschlossen werden dürften (Congress 1892). Namhafte Chirurgen sind dagegen wegen der Furcht, inficirende Kleiderfetzen könnten in die Wunde gelangt sein. Ob diese Furcht berechtigt sei, hat Pf. experimentell geprüft.

«Für den Menschen sind von den Wundinfectionserregern am gefährlichsten die pathogenen Streptokokken, da diese die Erysipele, Lymphgefässentzündungen und progressiven Eiterungen bedingen und bei stärkerer Virulenz zur Septicämie führen. Viel weniger gefährlich sind die eitererregenden Staphylokokken, da diese meist nur locale Eiterungen zu Stande bringen. Nur wenn sie von einem Eiterherde aus fortwährend in eine Vene hineinwuchern, kommt es zum Auftreten von metastatischen Herden, zur Pyämie. Nach den bisherigen Beobachtungen im Institut für Infectionskrankheiten sind die Pyämien viel seltener, als die durch Streptokokken bedingten Septicämien».

Also auf Streptokokken müsste bei den Experimenten mit Kleiderfetzen besonders gefahndet werden. Weisse Mäuse und Kaninchen sind ausserordentlich empfindlich gegen Streptokokkeninfection. Zunächst wurden 26 weissen Mäusen sehr schmutzige Kleiderpartikel unter die Haut gebracht. Alle blieben am Leben, keine zeigte Wundinfection. Ebenso gelang es nicht bei Kaninchen durch subcutan eingenähte Kleiderfetzen, Krankheit hervorzurufen. Nun wurden grössere bis 3 Cm. lange schmutzige Tuchstreifen in die Pleura oder Peritonealhöhle geschoben. Die Kaninchen überstanden dieses vortrefflich, obgleich die Fetzen überreich an Bakterien waren, ein Beweis, dass sie keine virulenten Wundinfectionserreger enthielten. Wurden aber Tuchfetzen mit solchen Infectionserregern bestrichen, so riefen sie locale Eiterung (bei Staphylokokkus aur.) oder raschtödtliche Septicaemie (bei Streptokokkus) hervor.

Pf. hält dieses Ergebniss seiner Untersuchungen für sehr wichtig, weil — sollte dasselbe auch von anderen bestätigt werden — die Furcht vor dem Eindringen der Kleiderfetzen in die Schusswunden im Kriege schwinden wird. Die Gefahr der Wundinfection tritt in der Regel erst dann ein, wenn die Schussverletzungen mit Fingern berührt werden, an denen Wundinfectionserreger haften. Diese Untersuchungen befürworten also die sofortige aseptische Schliessung der Schusswunden.

Masing.

Cahen-Brach: Ueber das Vorkommen von Spiegelschrift besonders im Kindesalter. (Deutsches Archiv für klinische Medicin. Heft 2 und 3, 1893.)

Manche Individuen führen, aufgefordert mit der linken Hand zu schreiben, die Feder von rechts nach links, und schreiben nicht Buchstaben, sondern die Spiegelbilder solcher. An sich unleserlich, ist die Schrift im Spiegelbilde ohne Weiteres zu lesen.

Diese Spiegelschrift hat Soltmann als ein Zeichen pathologischer Vorgänge der Psyche angesprochen, Adler und Buchwald dagegen betrachten sie als physiologisch. Daher unternahm Cahen-Brach um die Frage zu lösen eine Untersuchung im grossen Maassstabe an 649 Schulkindern. Bei den jüngsten Schulkindern, die noch in den Anfangsgründen des Schreibens steckten, fand Verf. in ca. 43 pCt. Spiegelschrift, in den höheren Classen sank der Procentsatz ziemlich schnell auf 5—12. Ferner wurden Taubstumme (71) in jugendlichem Alter untersucht, es fand sich bei 35 p

Spiegelschrift, unter 20 Blinden aber keine einzige. Bei Soldaten (121) zeigte sich in 17 pCt. Retrographie (so nennt Erlenmeyer die Spiegelschrift), unter Mädchen und Frauen, die Kinder in die Poliklinik brachten in 32 pCt. Geistes- und Nervenkranke (60) lieferten nur 10 pCt. Spiegelschriftler. Verfasser nimmt an «die Spiegelschrift sei das Merkmal einer frühkindlichen Entwicklungsstufe». Die ziemlich grosse Zahl der erwachsenen Retrographen, erklärt Verf. dadurch, dass die wenig gebildeten Stände nach Ablauf der Schulzeit in litteris oft in bedeutende Ungeübtheit recidiviren, bei Frauen und Mädchen ist dieses natürlich mehr der Fall als bei Soldaten, die doch noch Lernende sind. Die geringe Betheiligung der Geistes- und Nervenkranken ist auffallend. Verf. meint in späterem Lebensalter erworbene pathologische Zustände des Nervensystems hätten keinen bedeutenden Einfluss auf die Schreibfähigkeiten.

Cahen-Brach ist durch seine Untersuchungen zu dem Schlusse gekommen, dass nach dem 10. Lebensjahre vorkommende Retrographie auf abnorme Vorgänge in der Psyche schliessen lasst. Besonders gravirend soll die zwangsweise Retrographie sein, bei der mit der linken Hand ohne Vorlage garnicht normal geschrieben werden kann, und mit einer solchen die normale Schrift nur mühsam nachgezeichnet wird.

«Es gewährt also, resumirt der Verfasser, die linkshändige Schrift einen verhältnissmässig tiefen Einblick in die psychischen Vorgänge, und liefert uns geradezu einen Maassstab für eine gewisse wenn auch beschränkte Beurtheilung der seelischen Entwicklungsstufe». H. Guleke.

Stanislaus Poniklo: Ueber eine die Nachweisung von Choleravibrionen im Wasser erleichternde Untersuchungsmethode. (Wiener klinische Wochenschrift Nr. 14, 1893).

In Anbetracht dessen, dass es bisher keine Methode giebt, mit deren Hilfe man Cholerabacillen schnell und sicher im Fluss- resp. Brunnenwasser der choleragefährdeten Gegenden nachweisen könnte, hatte sich Verf. die Aufgabe gestellt, eine solche Methode auszuarbeiten. Zu diesem Zweck benutzte er gewöhnliches bacterienreiches Brunnenwasser mit ganz minimer Beimengung von Cholerabacillen und fand, dass dieselben nach 24—48 Stunden leicht nachgewiesen werden konnten bei Anwendung folgender Versuchsanordnung.

Ein Liter des zu untersuchenden Wassers wird direct in einen sterilisirten Kolben gefüllt, diesem 10 pCt. sterilisirte Bouillon hinzugefügt und der Kolben unverzüglich in den Thermostaten bei 36—37° C. gestellt. Am besten ist es, wenn die Flüssigkeit bis in den Hals des Kolbens hineinreicht. Das nach Verlauf von 24 Stunden an der Oberfläche entstehende Häutchen wäre darauf in der gewöhnlichen Weise durch das Plattenverfahren auf die Anwesenheit von Cholerabacillen zu prüfen. Verf. hat noch nicht Gelegenheit gehabt seine Methode zur Zeit einer Epidemie anzuwenden, giebt jedoch in einer Anmerkung an, dass er durch eine nach Vollendung seiner Experimente erschienene Mittheilung von Dr. O. Bujwid (Warschau), welcher ein principiell ähnliches Verfahren zur Untersuchung des Weichselwassers angewandt hat, die Berechtigung seiner Voraussetzung bestätigt sieht.

Wladimirow.

Czerny und Rindfleisch: Ueber die an der Heidelberger Chirurgischen Klinik ausgeführten Operationen am Magen und Darm. Beiträge zur klinischen Chirurgie. (Separatabzug.)

Die Arbeit enthält eine Zusammenstellung von 87 von 1881 bis 1892 von Czerny vorgenommenen Operationen am Magendarmcanal. Wie der Name des Autors es ja a priori verbürgt, haben wir in diesem Bericht nicht blos eine Statistik, sondern eine klinische Darstellung mit einer Reihe bemerkenswerther kritischer Streiflichter zu begrüssen.

Magenresectionen wegen Krebs: 12 an 11 Kranken mit 5 Todesfällen. Davon 2 an Colongangraen. 7 haben Recidiv, 2 sind 15 und 16 Monate recidivfrei. Entsprechend diesen Erfahrungen will Cz. die Resection nach Möglichkeit eingeschränkt wissen. «Was wir durch die Operation heilen können, ist in den seltensten Fällen der Krebs, dagegen das Hinderniss —». — 5 weitere Resectionen wegen gutartiger Stenose wären bei richtiger Diagnose meist durch Pyloroplastik und Gastroenterostomie zu ersetzen. Die von Mikulicz und Lauenstein beschriebenen Hypertrophieen der Magenwand in Folge kleiner Geschwüre führen durch gelegentliches Fehlen freier Salzsäure zu Verwechslung mit Tumoren.

Gastroenterostomien wurden 6 nach Wölfler (schwerere Fälle) und 14 nach Hacker mit in Summa 8 Todesfällen gemacht. Uebung in technischer Hinsicht garantire grössere Sicherheit, Hauptsache sei jedoch, dass der Zustand des Kranken es gestatte ihn noch c. 8 Tage per Clysma zu ernähren. — Cz. ist gegen die Sennsche Plattennaht, weil die trockenen Platten Decubitus machen, die feuchten zu frühe sich lösen (nach 40 Stunden erbrochen cf. Senn). Probelaparotomien waren 16 (mit 3 Todesfällen) ausgeführt, davon 10 wegen Magenkrebs. Cz. betont, dass die genaue Diagnose oft nicht möglich, die Indication durch die Stenose gegeben sei und daher es als Glücksfall anzusehen wäre, wenn der Magenkrebs noch resecirbar sei oder eine blande Stenose es gestatte, den Kranken wirklich zu heilen.

Darmnähte und Darmoperationen wegen Geschwülsten, tuberculösen und Narben-Stenosen, Invaginationen und Kothfisteln. 10 Fälle bösartiger Neubildungen (mit 5 Todesfällen) gaben immerhin 4 volle Genesungen.

Von 11 tuberculösen Erkrankungen des Darms kommen 9 auf das Coecum. Bei dreien bestanden Fisteln nach aussen. Zwei mal wurde hier elliptische Excision und Naht vergebens versucht. Von 8 typischen Resectionen erlag blos einer, bei dem der Ureter verletzt wurde, und die Niere sofort exstirpirt werden musste. Alle übrigen sieben Fälle von Resection des Coecum konnten geheilt entlassen werden.

Die Geschwüre hatten fast stets an der Ileocoecalklappe begonnen und waren gegen Coecum und Colon vorgeschritten. Bei Vernarbung kommt es dann zu enger Strictur. Perforationen erfolgen meist nach aussen oder in anderen Darmtheil, häufig später secundäre Erkrankungen anliegender Serosae. Selten peritonitis diffusa. Die Resection dieser Theile sei bei jugendlichen Individuen sehr wohl ausführbar, wenn nach Lösung der Adhäsionen der Darm sich zur Resection vor die Wunde bringen lasse. Sei das nicht möglich, so trete Ileo-Colostomie an die Stelle. — Es folgen 5 Fälle von Invagination. Dann eine Stenose und 6 Fälle von Kothfisteln, die circulär resecirt. Den Schlussbildet eine Schilderung der Technik.

Was die Arbeit besonders sympathisch macht, ist die offene Art, mit der neben dem gerechtfertigten Stolz über die Resultate allerhand zum Theil sehr folgenschwere — wenn auch kleine Fehler dargelegt und zur künftigen Vermeidung besprochen werden. Z.

Prof. F. Salzer-Utrecht: Beiträge zur Pathologie und chirurgischen Therapie chronischer Coecumerkrankungen. («Langenbeck's Archiv» 1893, pag. 101. Nach Beobachtungen an der chirurg. Klinik des Hofraths Prof. Billroth in Wien).

S. greift aus dem reichen Material Billroth's 25 ausführlich wiedergegebene und dann in tabellarischer Uebersicht zusammengestellte Krankengeschichten heraus, von denen er einen Theil noch selbst operirt hat. Das Coecum wurde 10 mal wegen Carcinom resecirt mit 4 Genesungen. Wegen Tuberculose, «welche als Tumor imponirte», ohne Fistel 5 Resectionen mit 4 Genesungen. Wegen Kothfistel wurde10 mal an 8 Kranken Darmnaht, Resection etc. gemacht; von diesen Kranken starben 3. Im Allgemeinen war die Prognose bei Weibern besser, als bei Männern.

Die Diagnose anlangend, fand S. schwere Canalisationsstörungen (Meteorismus Kothstauung etc.) namentlich bei Tuberculose die zudem beweglichen Tumor aufwies: beides sei differentiell diagnostisch von Bedeutung gegenüber dem Carcinom.

Technik. Darmnaht mit Seide nach Lembert und Czerny. Besondere Schwierigkeiten bereiten tuberculöse Fisteln wegen der vielfachen Infectionsmöglichkeiten. Verf. empfiehlt stets die Fistel zu umschneiden, zu vernähen und dann von hier aus die Resection zu beginnen. Es sei dieser Modus auch der Laparatomie entfernt von der Fistel vorzuziehen. Verf. sei es nur nach obiger Methode gelungen einen Fall zu heilen. Einfache Anfrischung habe stets Recidiv im Gefolge. Zu empfehlen sei ferner sorgfältige Mesenterialnaht und Jodoformgaze-Tamponade, namentlich wo retroperitoneale Räume eröffnet sind. So allein könne es gelegentlich gelingen, auch bei (kleinen) Perforationen schliesslich Heilung zu erzielen. 2 beweisende Fälle angeführt. Z.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Otto Küstner: «Grundzüge der Gynäkologie» Mit 3 chromolithographischen Tafeln und 117 Abbildungen im Text. Jena, Verl. von G. Fischer 1893.

Vorliegendes für Studirende und Aerzte bestimmte Buch unterscheidet sich durch nicht streng topographische Gruppirung des Stoffes und durch Einfügung zahlreicher Kranken-

geschichten in den Text von den meisten geläufigen Handbüchern der Gynaekologie. Demselben ist in Folge dessen mehr der Charakter einer Sammlung gut durchdachter und sorgfältig ausgearbeiteter klinischer Vorlesungen eigen, als derjenige eines Lehrbuches. Durch die Anordnung des Materials, hauptsächlich aber durch die klare und präcise Darstellungsweise ist es dem Verf. gelungen die einzelnen klinischen Bilder so vorzüglich zum Ausdruck zu bringen, wie man es selten in Lehrbüchern, selbst die grösseren nicht ausgenommen anzutreffen Gelegenheit hat.

Einige Capitel wie z. B. «Normale und pathologische Lagen und Bewegungen des Uterus» und die «Retroversio-flexio», ferner der operative Theil mehrerer Abschnitte sind vom Verf. mit besonderer Liebe und Ausführlichkeit behandelt worden, was jedoch dem Buche nicht zum Nachtheil gereicht, weil andere Capitel in Folge dessen nicht weniger erschöpfend abgefasst sind. Eine Reihe von Symptomen welche sehr häufig bei den verschiedensten Erkrankungen der weiblichen Geschlechtssphäre angetroffen werden sind im 9. Capitel als «Symptome» einer Besprechung unterzogen worden. Der Gonorrhöe (als Anhang das einfache venerische Geschwür, syphilitische Affectionen) und der Tuberkulose der Genitalien und des Peritoneum sind, in so weit diese pathologischen Zustände den Gynäkologen interessiren, besondere Capitel zuertheilt worden. Die Abbildungen, von welchen die Mehrzahl innere Genitalbefunde in halbschematischen Skizzen oder mikroskopische Bilder verschiedener Krankheitsprocesse darstellen, sind fast durchweg gut gelungen und vervollständigen das Werk in vortheilhafter Weise.

Die Gediegenheit des Buches sichert demselben eine weite Verbreitung.

Dobbert.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Bernhard Joos empfiehlt, um das Erbrechen während der Narkose im Entstehen zu unterdrücken und plötzlich aufgetretenes Erbrechen schnell zu beseitigen, die Compression des Nervus phrenicus und vagus oberhalb der Clavicula mittelst folgenden Handgriffes: «Sobald sich Singultus und Brechbewegungen einstellen, drücke ich das Nagelglied des linken Daumens gleichmässig kräftig über dem sternalen Ende der linken Clavicula ein. Der Daumen kommt dabei parallel der Clavicula und dessen Spitze an das Ende derselben zu liegen. Der Druck wird mit der radialen Seite des Nagelgliedes ausgeübt, wobei die flache Hand auf der Brustwand aufliegt. Singultus und Brechbewegungen hören alsbald auf. Ich comprimire gewöhnlich mit dem linken Daumen auf der linken Seite. . . Wenn nöthig, kann die Compression auch rechterseits gemacht werden. Die Compression wird noch kurze Zeit nach Aufhören der Brechbewegungen fortgesetzt, da dadurch dem Wiederkehren derselben vorgebeugt werden kann.»

(Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte 1893. Nr. 3.)

Vermischtes.

— Mit Bedauern theilen wir mit, dass einer unserer langjährigen Mitarbeiter, Dr. A. Mercklin, bisher in Rothenberg bei Riga als Arzt der dortigen Irrenanstalt thätig, unser Land verlässt. Dr. Mercklin siedelt als II. Arzt an die Provinzial-Irrenanstalt Lauenburg in Pommern über. Wir sprechen dem scheidenden Collegen an dieser Stelle unsern wärmsten Dank aus für seine erfolgreiche Mitarbeit an der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift, für deren Gedeihen er immer ein lebhaftes Interesse bethätigt hat.

— Das Mitglied des Conseils des Ministers der Volksaufklärung, berathendes Mitglied und gelehrter Secretär des Medicinalraths, wirkl. Staatsrath Dr. v. Anrep ist zum Präsidenten des Curatoriums des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna ernannt worden.

— Der Assistent des physiologischen Instituts der Universität Jurjew (Dorpat), Privatdocent Dr. Krüger, ist als etatmässiger Docent für physiologische Chemie an der genannten Universität bestätigt worden.

— Am 13. März vollendeten sich 10 Jahre, seit der Medicinalinspector von Wolhynien, Dr G. Bruhns, als Präsident der Gesellschaft der Aerzte des Wolhynischen Gouvernement fungirt. Als Zeichen ihrer Hochachtung überreichten ihm an diesem Tage die Mitglieder der Gesellschaft das Ehrenmitgliedsdiplom; ausserdem wurden ihm von der Gesellschaft ein silbernes Doctorabzeichen mit der Aufschrift «G. F. Bruhns, von der Gesellschaft der Aerzte des Wolhynischen Gouvernements», sowie eine massive silberne Urne als Ehrengeschenke dargebracht.

— Am 8. April beging der Militärarzt, wirkl. Staatsrath Alexander Powersho in Oranienbaum das 30-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. Der Jubilar, welcher gegenwärtig im 53. Lebensjahre steht, ist seit der Absolvirung des Cursus an der medico-chirurgischen Academie i. J. 1862 Arzt der Officiers-Schützenschule in Oranienbaum und zugleich Arzt am dortigen Stadthospital. Da er sich grosser Popularität unter den Einwohnern Oranienbaum's erfreut, so haben dieselben durch freiwillige Spenden ein Kapital von 2000 R. gesammelt, welches zur Stiftung eines Freibettes auf den Namen des Jubilars im Oranienbaumer Stadthospital bestimmt ist.

Verstorben: 1) Am 17. April in St. Petersburg der Veteran unter den Aerzten unserer Stadt, Dr. Emil Torquato Berg, im 86. Lebensjahre. Der Heimgegangene war am 24. September 1807 in Livland geboren und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1827—33 studirte. Nach Absolvirung des Arztexamens i. J. 1843 war B. einige Zeit Assistent an der Universitätsklinik in Dorpat, siedelte aber bald nach St. Petersburg über, wo er anfangs als Arzt an der Heilanstalt für Beamte, hierauf an der Annenschule fungirte. Der Hingeschiedene stand gleich hoch als Arzt wie als Mensch. Mit umfassendem Wissen und tüchtigem medicinischen Können vereinigten sich bei ihm eine seltene Bescheidenheit und Herzensgüte, die ihm viel Freunde und eine zahlreiche Clientel erwarben. Obschon noch geistig frisch, lebte Berg in den letzten Jahren ganz zurückgezogen, da die zunehmende körperliche Schwäche ihn an's Zimmer fesselte. 2) Am 8. April in Moskau der frühere Professor der Therapie in Kasan wirkl. Staatsrath Dr. Michael Subbotin. Nach Erlangung des Arztgrades an der medico-chirurg. Academie (1860) wurde S. behufs weiterer Vervollkommnung bei der Academie belassen und dann auf Kosten der Krone auf ausländische Universitäten geschickt. Im Jahre 1868 wurde er zum Docenten und 1869 zum ord. Professor der allgem. Pathologie an der Universität Kasan ernannt. Im J. 1876 übernahm er die Leitung der therapeutischen Hospital-Klinik, die er bis 1886 inne hatte. Seit dieser Zeit lebte der Hingeschiedene pensionirt in Moskau. Literärisch ist er vielfach thätig gewesen, namentlich auf dem Gebiet der Pathologie. 3) Am 20. April n. St. bei Potsdam der Professor der Anatomie an der Berliner Universität, Dr. Robert Hartmann, im 60. Lebensjahre. Der Verstorbene ist mehr als 25 Jahre Professor an der Berliner Universität gewesen, wo er die Anfangsgründe der descriptiven Anatomie vortrug. Von ihm stammt ausser zahlreichen anderen wissenschaftlichen Arbeiten auch ein früher sehr beliebtes Lehrbuch der Anatomie.

— Am 19. April beging die Aufseherin der internen Männerabtheilung des hiesigen Marienhospitals für Arme, M. F. Agafonowa, das 25-jährige Jubiläum ihrer Thätigkeit an diesem Hospital. Die Jubilarin erhielt von den Aerzten des Hospitals eine werthvolle goldene Uhr als Festgeschenk.

— Bei der hiesigen militär-medicinischen Academie hat sich eine «Anthropologische Gesellschaft» gebildet, deren Statuten soeben bestätigt worden sind. Die neue Gesellschaft hat sich ausser der Erforschung der physischen Eigenschaften der Bevölkerung des russischen Reiches und Beschaffung von anthropologischen Collectionen auch die Verbreitung anthropologischer Kenntnisse zur Aufgabe gestellt. Zu diesem Zweck wird die Gesellschaft wissenschaftliche Expeditionen und Excursionen veranstalten und ihre Arbeiten in periodischen Ausgaben veröffentlichen. Zu den Gründern der Gesellschaft gehören mehrere Professoren der militär-medicinischen Academie (Sawarykin, Mierzejewski, Tarenezki u. a.), die Ober-Militärmedicinalinspectoren DDr. Remmert und Kudrin, General Brandenburg, der Leiter der St. Petersburger anthropologischen Station Obrist Koslow und Andere. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 3 R. jährlich, ausserdem wird einmalig ein Eintrittsgeld im Betrage von 5 R. erhoben.

— Die Landschaftsversammlung des Kreises Jadrin (Gouv. Kasan) hat beschlossen, der Wittwe des Landschaftsarztes Lotow, welche mit zwei kleinen Kindern ganz mittellos zurückgeblieben ist, eine jährliche Pension von 480 Rbl. bis zur Vollendung der Erziehung der Kinder auszusetzen. Dr. Lotow, welcher 8 Jahre im Jadrinschen Kreise als Landschaftsarzt gedient hat, wurde im vorigen Jahre ein Opfer der dort herrschenden Flecktyphusepidemie. — Ein Antrag des Landschaftsamtes, ein für alle Mal als Regel festzustellen, dass die Familien der Aerzte und Feldscher, welche bei Bekämpfung von Epidemien gestorben sind, pensionsberechtigt sind, wurde von der Landschaftsversammlung verworfen.

— Der verstorbene Staatsrath Lepeschkin hat dem Katharinen-Armenhause 42,400 Rbl. zur Stiftung von 16 Betten in dem Armenhause testamentarisch vermacht.

— Der Ehrenbürger Johann Schtschukin hat laut letztwilliger Verfügung 25,000 R. zum Unterhalte von 2 Betten im Moskauschen Wladimir-Kinderhospital und 2 Betten im Ersten Moskauschen Stadthospital gespendet.

— In Paris erscheinen gegenwärtig 210 medicinische Journale.

— In Paris hat sich ein ärztlicher Radfahrer-Club gebildet, dessen Mitglieder den Wagen durch das Velociped zu ersetzen beabsichtigen. Wie wir vor Kurzem berichteten, sind bereits die Aerzte unter den Besitzern von Erlaubnissscheinen zum Befahren der Strassen von Paris mit dem Velociped am zahlreichsten vertreten.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 18. April d. J. 6338 (91 mehr als in der Vorwoche), darunter 171 Typhus — (15 mehr). 536 Syphilis — (100 mehr). 67 Scharlach — (5 mehr), 12 Diphtherie — (= Vorw.), 15 Masern — (1 mehr) und 35 Pockenkranke — (= Vorw.).

Vacanzen.

1) Von dem Makarjew'schen Landschaftsamte werden 2 Aerzte gesucht: 1) für das Kirchdorf Rabotki an der Wolga — Gehalt 1200 R. jährlich, 2) für das Kirchdorf Pokrowskoje — Gehalt 1000 R. nebst freier Wohnung. Adresse: «Село Лысково, въ Макарьевскую Земскую Управу».

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Korotojak (Gouv. Woronesh). Gehalt 1000 R., die Gage steigt in den ersten drei Jahren um je 100 R. Adresse: «Коротовская Земская Управа».

3) Zwei Landschaftsarztstellen im Kreise Starodub (Gouv. Tschernigow). Gehalt 1200 Rbl. jährlich, der eine der Aerzte, welcher Chirurg sein muss, hat die Leitung des Landschaftshospitals in Starodub zu übernehmen. Adresse: «Стародубская Земская Управа».

4) Für den Kreis Trubtschewsk (Gouv. Orel) werden 1 Arzt (Geh. 125 R. monatl.) und 4 Studenten des letzten Cursus (Geh. 75 R. monatl.) sofort für die Zeit bis zum October gesucht. Sobald die Cholera auftritt wird die Gage auf 200 resp. 125 Rbl. monatl. erhöht. Adresse: «Трубчевская Земская Управа».

5) Es wird ein Stellvertreter für einen wegen Krankheit beurlaubten Landschaftsarzt auf 3 Monate, gerechnet vom 1. Juni, gesucht. Geh. 125 R. monatl. nebst freier Wohnung im Kirchdorfe Nowlensk (56 Werst von Wologda entfernt). Die Meldung geschieht bei der «Вологодская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 11. April bis 17. April 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
336	262	598	133	49	90	9	6	21	52	54	38	60	41	35	10	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 10, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 7, Scharlach 11, Diphtherie 3, Croup 1, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 41, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 104, Tuberculose anderer Organe 7, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 43, Marasmus senilis 23, Krankheiten des Verdauungscanals 55, Todtgeborene 21.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 27. April 1893.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 3. Mai 1893.

Am 4. Mai nehme ich meine Praxis in **BAD EMS** wieder auf.

San Remo, April 1893.

(49) 3—1. **Sanitätsrath Dr. Goltz.**

Adressen von Krankenpflegerinnen:

- **E. van der Vliet**, Прядильный переулокъ, д. № 8, кв. 21.
- **Friederike Karlowna Simbill**, Вас. Остр. 14 л. № 51.
- **Marie Mohl**, Вас. Остр. 1 л. д. № 44, кв. 3
- **Pauline Gebhardt**, Вас. Остр. Б. просп. № 5, кв. 18.
- **Sophie Jordan**, Вас. Остр., 10 лин. д. 11 кв. 9.
- Frau **Marie Kubern**, Мойка 84, кв. 19 напротивъ реформатской церкви.
- **Antoinette Lücke**, Невскій пр., 32/34, кв. 13.
- **Schwester Elise Tennison**, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.
- **Ida Belajew.** Казанская № 52, кв. 24.
- **M. Winkler**, Моховая ул. д. 29, кв. 5, bei Frau Ewald.

Hierzu als Beilage die Brochüre: Cur- und See-Badeort «Pernau» in Livland.

Дозв. ценз. Спб. 23 Апр. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 18 St. Petersburg, 1. (13.) Mai **1893**

Fünfter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der fünfte Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte findet in Dorpat statt und währt vom 1.—3. September dieses Jahres.

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht überschreiten darf, werden die Herren Aerzte ersucht, unter genauer Angabe des Themas und kurzer Wiedergabe des Inhalts baldmöglichst bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes:

d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Fellin.

Zur Behandlung der Lungenschwindsucht.

Von

Dr. med. C. O. Renteln und Dr. med. H. Arronet.

Die durch fünf Jahre hindurch in Poguljanka erzielten Resultate einer streng durchgeführten Kumyss- und Creosottherapie bei Lungenschwindsucht haben schon lange den Gedanken geweckt, dieselbe der Oeffentlichkeit zu übergeben, nicht um dadurch neue Methoden einzubürgern, wohl aber um als neuer Sporn für das humanitäre Streben zu dienen, in unserer nördlichen Zone gegebene Localbedingungen für eine Behandlung der Lungenphthise auszunutzen. Ausserdem und nicht in letzter Linie könnte diese Veröffentlichung ein Anhaltspunkt für den praktischen Arzt sein, welcher seinen Patienten die Frage beantworten muss: was darf ich von einer Kumysskur in unseren Breiten erwarten. Es soll daher von Literaturangaben und vergleichenden Daten abgesehen werden; die Absicht dieser kleinen Arbeit geht lediglich dahin, darzuthun, was man bei der unten beschriebenen Behandlung zu erreichen im Stande ist und in welchen Fällen man berechtigt ist, einen Aufenthalt in Poguljanka anzurathen.

Es sind vor Allem die erwähnten Localbedingungen — ausgedehnte Kieferbestände mit staubfreier, von harzigen Ausdünstungen geschwängerter Luft und vollkommener Windschutz, welche in Poguljanka, nach dem Beispiele der ausländischen klimatischen Waldkurorte, eine Heilanstalt haben entstehen lassen. Aber nicht allein die Bodenverhältnisse fanden ihre Berücksichtigung, sondern es bot sich auch Gelegenheit, einer einheimischen Behandlungsmethode weite Verbreitung zu schaffen. Die von den russischen Aerzten willenskräftig aufgenommene und zu wissenschaftlicher Berechtigung erhobene Kumysstherapie konnte hier fruchtbaren Boden finden, denn in weitester Ausdehnung sind die Waldungen von üppigen Schwemmwiesen umgeben, welche ihren Werth als Weideplätze offen zur Schau tragen. Die Folge war eine in umfangreichem Maasse und mit System betriebene Kumyssbereitung aus Stutenmilch. So konnte denn dieses dem Wohlthätigkeitssinne entsprungene Unternehmen zwei schwerwiegende Factoren stellen, zum Kampfe gegen einen Feind, dessen Bedeutung für die Erkrankung und Sterblichkeit des Menschengeschlechts wohl unübertroffen dasteht.

Um eine übersichtliche Klassifizirung der Erfolge zu ermöglichen, ist eine Eintheilung der Lungenphthise in 4 Stadien gewählt worden. Als Phthisis I oder Phthisis pulmonum incipiens wurden die Fälle aufgefasst, welche gewöhnlich als Spitzenkatarrh bezeichnet werden, wo noch keinerlei irgendwie grössere Infiltrate nachweisbar waren. Leichte Schalldifferenzen an den Spitzen mit verändertem Athemgeräusch, nebst mehr oder weniger verbreitetem Rasseln bei gestörtem Allgemeinbefinden waren die Hauptsymptome dieser Gruppe. Die zahlreichste Kategorie der Phthise II umfasst die vorgeschritteneren Fälle mit chronisirendem Verlauf und Tendenz zur Narbenbildung, nebst Allgemeinerscheinungen leichterer Art — Abmagerung und Schwäche. Zur Phthisis III wurden die Patienten gerechnet, welche neben deutlichen physikalischen Symptomen mehr oder weniger anhaltende Temperaturerhöhungen aufwiesen, wo die Allgemeinerscheinungen mehr in den Vordergrund traten und ausser der Abmagerung und Schwäche, noch Nachtschweisse und blutige Sputa zu der Regel gehörten. Die

vierte Kategorie endlich, Phthisis IV, enthält die stark vorgeschrittenen Fälle, wo die Allgemeinerscheinungen bei variablem Lungenbefunde einen schweren, als gefährliche functionelle Störung imponirenden Charakter trugen mit hartnäckigem hektischem Fieber und rasch destructiv fortschreitendem Lungenprocesse.

Bei der Diagnose hat in den folgenden Betrachtungen der Bacillenbefund und dessen Veränderlichkeit keinen Platz gefunden, einerseits weil bei den rein praktischen Gesichtspunkten dieser Arbeit diese Daten die Ergebnisse wenig beeinflussen konnten, andererseits, um den Rahmen vorliegender Untersuchungen nicht über das beabsichtigte Maass zu erweitern.

Die Behandlung der Patienten war in Kürze folgende. — Möglichst langdauernder Aufenthalt in frischer Luft, gründliche Hautpflege und eine mässige Bewegung forderte die usuell gewordene Hausordnung der Pensionate, ebenso eine den modernen Anforderungen entsprechende Desinfection der Sputa (und Wohnräume). Zugleich liess sich auch die Diät genau controlliren. Ohne strenge Verbote zu erlassen, wurde vor Allem auf eine intensive Ernährung gesehen. Untersagt bei Kumyss waren nur Milch, rohes Gemüse, Früchte und Alkoholica. Aber selbst in Bezug auf die Milch konnte gegen Ende der Cur bei Berücksichtigung der individuellen Verdauungskräfte das Verbot aufgehoben werden, ohne dass man dabei schlimme Erfahrungen gemacht hätte. Sonst wurde den Patienten kein Zwang auferlegt: ein guter, gesunder Appetit vielmehr als günstiges prognostisches Omen begrüsst. Mit dem erwähnten Regime sind wir immer gut gefahren und wenn uns zuweilen Dyspepsien und Diarrhöen überraschten, so konnte ohne Ausnahme eine Verletzung der Diät in Qualität oder meistens in Quantität festgestellt werden, was leider durchaus nicht zu den Seltenheiten gehörte. Diese intercurrenten Verdauungsstörungen, welche fast immer den Charakter einer acuten Gastro-Enteritis trugen, sind übrigens keineswegs so harmlos und indifferent, wie es den Anschein haben könnte. Regelmässig fällt dabei das Gewicht sehr rasch und bringt den Patienten, sowie den Arzt um den Erfolg einer längeren Behandlung. Man hat dann wieder gut zu machen, was man mit vieler Mühe in einigen Wochen erreicht hat. Deswegen muss an den im Grunde gering erscheinenden Verboten mit um so grösserer Strenge festgehalten werden.

Neben der Allgemeinbehandlung wurde als wesentlichster therapeutischer Factor Kumyss verordnet.

Ob der in Poguljanka hergestellte Kumyss dem in den Steppen gewonnenen analog ist, könnte von vornherein als eine wichtige Frage erscheinen; der Zweck dieser Arbeit ist es jedoch nicht vergleichende Kumyssuntersuchungen zu bringen. Eines lässt sich wohl a priori sagen, dass der in Poguljanka hergestellte Kumyss seiner Zusammensetzung nach dem Frühjahrskumyss in der Steppe am Nächsten kommen dürfte; den ganzen Sommer hindurch liefern in Poguljanka die Wiesen ein saftiges, blüthenreiches Gras, wie es in den Steppen nur im Frühjahr angetroffen wird. Im Sommer dagegen, zur Saisonzeit producirt die Steppe ein wasserarmes, an specifischen Gräsern reiches Futter, dessen Einfluss auf die Zusammensetzung des Kumyss erst genauer studirt werden muss. Dann fände man vielleicht auch einen triftigen Grund für die Acclimatisirung dieser Grasarten. Bei dem gegenwärtigen Stande der Frage kann aber vom Kumyss nur als von einem diätetischen Hilfsmittel die Rede sein. Die Frage dagegen von einer specifischen Zusammensetzung oder specifischen Wirkung desselben muss eine offene bleiben.

Verordnet wurde gewöhnlich zweitägiger Kumyss, d. h. ein Kumyss, bei dem bereits der meiste Milchzucker seine Metamorphose in Milchsäure, Alkohol und Kohlensäure vollzogen hatte, ausnahmsweise eintägiger bei Patienten, welche zu Constipation neigten, um durch das Plus an Milchzucker eine leicht abführende Wirkung zu erzielen. Dreitägiger Kumyss fand auch nur selten Verwendung, und zwar bei Kranken, wo eine mehr stimulirende Wirkung durch den Alkoholüberschuss oder eine constipirende auf den Darm wünschenswerth erschien. Die Patienten bekamen gedruckte Verhaltungsmaassregeln und tranken allmählich steigend ihre 6—10—15 halbe Flaschen täglich. Getrunken wurde der Kumyss nicht nüchtern, sondern abweichend von der Steppensitte im Anschluss, sowie während der Mahlzeiten als Tafelgetränk, gewöhnlich zwei Drittel der Gesammtquantität in den Vormittagsstunden, ein Drittel in der Nachmittagszeit.

Als Contraindication für Kumysscuren galt Hämoptoe und Arteriosklerose. Mit Vorsicht wurde dieselbe bei Herzfehlern, Nierenkrankheiten und einigen Formen von Magenkatarrh verordnet, indem man die Quantität gering ansetzte und vor Allem nur abgestandenen Kumyss ohne Schaum, d. h. mit wenig Kohlensäure trinken liess.

Unsere Kumysscuren stellen also im Gegensatz zu den Steppencuren nicht die Anforderung einer beinahe ausschliesslichen Ernährung durch Kumyss, sondern derselbe spielt vielmehr die Rolle eines mächtigen, diätetischen Hilfsmittels, welcher im Verein mit einer kräftigen Ernährung und abhärtendem Regime dem Organismus mehr Widerstandskraft verleihen soll.

Unter den Medicamenten nimmt die erste Stelle das Creosot ein. Verordnet wurde dasselbe meistens in Pillenform mit Liquiritia zu 6 Centigramm die Pille. Solcher Pillen wurden in steigender Dosis 10—30—60 täglich und mehr genommen, (1,8—5,0 Gramm Creosot pro die). In einigen Fällen, wo das Creosot per os nicht vertragen wurde, haben wir es mit gutem Erfolge in Mandelöl gelöst per clysmata verabfolgt. Die übrigen Medicamente beanspruchen keinerlei Interesse.

Es erübrigt nur noch den Maassstab anzugeben, welcher zur Beurtheilung der gewonnenen Resultate diente. Dazu wurde in erster Linie das Körpergewicht und dann der physikalische Lungenbefund benutzt.

Eine Bestimmung des Körpergewichts wurde obligatorisch jede Woche gefordert und genau notirt. In der Tabelle ist dementsprechend ausser dem individuellen Gewichtszuwachs der durchschnittliche Gewichtszuwachs berücksichtigt. Ferner ist der letztere in Verhältniss zu der Aufenthaltsdauer gebracht worden.

Die Abnahme des Gewichts konnte aus dem Grunde nicht systematisch verfolgt werden, weil dieser Umstand auf die Kranken deprimirend wirkte, dieselben daher die Wägungen einstellten und endlich sich der Beobachtung ganz entzogen. In der Tabelle wurde deshalb nur die Thatsache der Abnahme, aber nicht das «wieviel» zum Ausdruck gebracht.

Von den einzelnen Rubriken der Tabelle bedarf nur noch die Rubrik «geheilt» einer Erklärung. Als geheilt sind solche Patienten bezeichnet worden, welche bei völlig normal gewordenem Allgemeinbefinden absolut keine katarrhalischen Erscheinungen an den Lungen mehr aufwiesen, obgleich bei physikalischer Untersuchung leichte Schalldifferenzen mit verändertem Athemgeräusch noch persistirten. Es kommt hier eben auf die Deutung dieser physikalischen Veränderungen an: Handelt es sich blos um Verdichtungen des Lungengewebes bedingt durch entzündliche Schrumpfungen, oder aber um Folgen abgelaufener Pleuritis oder endlich um noch nicht vollkommen erloschene Entzündungsherde mit lebensfähigen Bacillen? Das zu entscheiden wird bei kurzer Beobachtungsdauer immer schwer fallen, doch soll es nicht unerwähnt blei-

Tabellarische Uebersicht der Ergebnisse von 281 in Poguljanka behandelten Fällen von Lungenschwindsucht.

Stadien der Lungenschwindsucht.		Gesammtzahl.	Männer.	Frauen.	Alter der Patienten.					Gewichtszunahme.					Durchschnittlicher Gewichtszuwachs in russischen ℔	Verhältniss der Gewichtszunahme zur Aufenthaltsdauer der Patienten.				Durchschnittliche Aufenthaltsdauer.	Gewichtsabnahme.		Stationäres Gewicht.		Gebesserter Lungenbefund.		Stationärer Lungenbefund.		Verschlechterter Lungenbefund.		Geheilt.	
					von 10—20 Jahren.	von 21—30 Jahren.	von 31—40 Jahren.	von 41—50 Jahren.	von 51—60 Jahren.	von 1—5 ℔	von 6—10 ℔	von 11—15 ℔	von 16—20 ℔	21 ℔ und mehr.		Bei einem Aufenthalte von 10—20 Tag.	von 21—40 Tagen.	von 41—60 Tagen.	61 Tagen u. mehr.		Zahl.	Procente.	Zahl.	Procente.	Zahl.	Procente.	Zahl.	Procente.	Zahl.	Procente.	Zahl.	Procente.
Phthisis I.	Behandlung mit Kumys.	36	9	27	14	14	4	4	—	16	16	3	—	—	6,5	2,3	5,4	7,3	8,3	39	1	2,8	—	—	9	25	5	14	—	—	22	61
	Behandlung mit Kumys u. Kreosot.	29	11	18	9	14	6	—	—	8	14	1	1	—	7,1	—	6,0	6,3	6,2	47	3	10,0	2	6,6	11	38	7	24	—	—	11	38
	Gesammtresultat.	65	20	45	23	28	10	4	—	24	30	4	1	—	6,8	2,3	5,7	6,9	7,4	42	4	6,2	2	3,1	20	30,7	12	18,5	—	—	33	50,8
Phthisis II.	Behandlung mit Kumys.	29	10	19	1	6	6	12	4	11	9	4	—	—	6,2	3,5	3,0	5,6	7,1	51	1	3,4	4	13,3	14	48	15	52	—	—	—	—
	Behandlung mit Kumys u. Kreosot.	130	68	62	16	49	38	19	8	43	40	20	6	6	8.3	2,0	5,8	7,0	9,2	39	8	6,2	7	5,4	65	50	59	45,4	6	4,6	—	—
	Gesammtresultat.	159	78	81	17	55	44	31	12	54	49	24	6	6	7,9	2,3	4,7	6,8	8,8	47	9	5,6	11	7,0	79	49,8	74	46,3	6	3,9	—	—
Phthisis III.		29	18	11	4	20	2	2	1	12	12	1	1	2	6,9	3,9	6,1	6,6	9,5	52	1	3,4	—	—	15	53	10	34,5	3	10,6	1	3,9
Phthisis IV.		28	15	13	5	14	5	4	—	3	—	1	—	—	0,7	fortschreitende Gewichtsabnahme.				41	21	75,0	3	10,0	—	—	10	35,7	18	64,3	—	—
Summa.		281	131	150																												

ben, dass eine grosse Reihe solcher Patienten durch Jahre hindurch beobachtet wurden, ohne dass Recidive auftraten.

Schliesslich sind noch zum Vergleich die Resultate bei reiner Kumyssbehandlung und bei combinirter Kumyss-Creosotbehandlung getrennt in den Tabellen aufgeführt worden und zwar für die Gruppen Phthisis I und Phthisis II. Bei der Phthisis III hatte nur ein Patient, bei der Phthisis IV drei Patienten kein Creosot gebraucht, so dass wir für dieselben von Zahlenangaben absehen mussten.

Ueberblicken wir die Tabelle, so sehen wir, dass die Phthisis I die günstigsten Resultate ergeben hat. Die Hälfte der Fälle mit Phthisis incipiens wurde geheilt, ein Drittel der Fälle hatte sich gebessert und ein Fünftel war stationär geblieben. Kein Fall hatte sich verschlechtert. Eine Gewichtsabnahme wiesen nur 6,2 pCt. der Fälle auf, stationär im Gewicht blieben 3,1 pCt. während die übrigen einen durchschnittlichen Gewichtszuwachs von 6,8 Pfd. erfuhren. — Beim Vergleich der beiden ersten Rubriken der Phthisis I ist auf die auffallende Thatsache hinzuweisen, dass die mit Kumyss allein behandelten Fälle ein grösseres Heilprocent und dementsprechend kleineres Procent der gebesserten und stationären Befunde zeigen, als die mit Kumyss und Creosot behandelten. Es erklärt sich diese Thatsache durch den Umstand, dass eine Behandlung mit Kumyss allein bei den leichteren Fällen in Anwendung gekommen war, während die schwereren Fälle fast ausnahmslos nebenbei Creosot gebrauchten.

Bei der Phthisis II wurde kein Fall geheilt, 50 pCt. hatten sich gebessert, 45 pCt. waren stationär geblieben und 5 pCt. hatten sich verschlechtert. Eine Gewichtsabnahme wurde bei 6,2 pCt. der Fälle constatirt, stationär im Gewicht blieben 5,4 pCt. und die übrigen nahmen durchschnittlich 7,9 Pfd. zu. Es liegen somit die Ergebnisse bei der Phthisis II bedeutend anders. In den vorgeschritteneren Fällen mit chronisirendem Verlauf war demnach die Hälfte der Fälle gebessert worden, ungefähr ebensoviel waren stationär geblieben; dagegen hatten sich 5 pCt. verschlechtert und kein Fall konnte als geheilt angesehen werden. Der im Vergleich zu Phthisis incipiens höhere durchschnittliche Gewichtszuwachs, hat seinen Grund in dem Umstande, dass die vorgeschritteneren Fälle meist mit grösserem Gewichtsverlust in Behandlung kamen, daher auch verhältnissmässig mehr zunehmen konnten. Auch fällt es auf, dass die mit Kumyss allein behandelten Patienten keinen einzigen Fall von Verschlechterung des Lungenbefundes zeigten, was, wie bei der Phthisis incipiens, dadurch bedingt wird, dass nur bei verhältnismässig leichteren Fällen das Creosot nicht zur Anwendung kam.

Die Phthisis III gab 4 pCt. Heilungen, 53 pCt. Besserungen, 35 pCt. Fälle mit stationärem Lungenbefunde und 10 pCt. Verschlechterungen. Eine Gewichtsabnahme ergaben 3,4 pCt. und der durchschnittliche Gewichtszuwachs betrug 6,9 Pfd. Der eine geheilte Fall ist wohl als Ausnahme anzusehen. Es handelte sich um einen Patienten, der zwei Jahre hintereinander Poguljanka aufsuchte und bei dem im zweiten Jahre keinerlei katarrhalische Erscheinungen an den Lungen mehr aufzufinden waren. Wie uns bekannt geworden, ist derselbe auch späterhin gesund geblieben. Ziehen wir diesen Fall daher nicht weiter in Betracht, so ist es ersichtlich, dass in den vorgeschritteneren Fällen mit Tendenz zum Weiterschreiten des Processes noch immer über die Hälfte der Fälle gebessert wird, dagegen nimmt das Procent der verschlechterten Fälle (10 pCt.) zu, während das der stationären annähernd dasselbe bleibt.

Die Rubrik Phthisis IV endlich lehrt uns, dass die stark vorgeschrittenen Fälle mit ausgeprägten Allgemeinerscheinungen keinen einzigen Fall von Heilung oder Besserung aufweisen, nur ein Drittel der Fälle blieb stationär, während zwei Drittel sich verschlechterten. Dementsprechend sehen wir auch in 75 pCt. der Fälle eine fortschreitende Gewichtsabnahme und einen durchschnittlichen Gewichtszuwachs von 0,7 Pfd. Dieser Werth müsste eigentlich ein Minuswerth sein, wird aber dadurch beeinflusst, dass uns im vergangenen Jahre ein junger Patient von 17 Jahren mit Phthisis florida in die Hände kam, welcher gegen alle Theorie und Erwartung 12½ Pfd. im Verlaufe von sechs Wochen zunahm, obgleich sich sein Lungenbefund dabei verschlechterte.

In Bezug auf den durchschnittlichen Gewichtszuwachs lässt sich zwischen den drei ersten Stadien ein wesentlicher Unterschied nicht feststellen, nur die stark vorgeschrittenen Fälle ergaben selbstverständlich eine fortschreitende Gewichtsabnahme. Wir sehen ferner, dass bei allen Kranken, welche an Gewicht zugenommen hatten dieser Gewichtszuwachs um so grösser wurde, je länger die Patienten sich in Poguljanka aufhielten. Zwischen dem Gewichtszuwachs und der Besserung des Lungenbefundes war bei der Phthisis I und II keine Coincidenz zu constatiren, dagegen fielen diese Werthe bei der Phthisis III zusammen. Da aber die Phthisis III, d. h. die vorgeschritteneren Fälle mit Tendenz zum Weiterschreiten des Lungenprocesses sich klinisch von den beiden ersten Gruppen vorzugsweise durch das Vorhandensein eines mehr oder weniger hartnäckigen Fiebers unterscheiden, so lässt sich daraus folgern, dass als Regel nur bei fiebernden Phthisikern sich aus dem Factum der Gewichtszunahme auf eine Besserung des Lungenbefundes schliessen lässt. Im Gegensatz hiezu traf man auch nicht selten Patienten welche trotz Gewichtsabnahme oder stationärem Gewicht einen gebesserten Lungenbefund aufwiesen. Es waren dies meistens solche Fälle, welche theils durch intercurrente Erkrankungen, vorzugsweise Dyspepsien, theils durch den Uebergang während der Cur an Körpergewicht verloren.

Es erübrigt noch hervorgehoben zu werden, dass, wenn wir uns auch bewusst sind, dass unter die Zahl der mit Kumyss allein behandelten Fälle die leichteren gehören, die in den Tabellen gewonnenen Resultate doch den Schluss erlauben, dass die mit Kumyss allein im Vergleich zu den mit Kumyss und Creosot behandelten Fällen keine Differenzen zu Gunsten der letzteren ergaben.

Die in Poguljanka erzielten Resultate fallen somit im Wesentlichen mit den in den geschlossenen Heilanstalten Deutschlands zusammen. Die Anfangsstadien der Lungenschwindsucht wurden in Poguljanka zur Hälfte geheilt, die vorgeschritteneren Fälle zur Hälfte gebessert und die stark vorgeschrittenen Fälle blieben zu einem Drittel stationär.

Zum Schluss sei noch kurz des Verhaltens der häufigsten Complicationen der Lungenschwindsucht, wie sie in Poguljanka beobachtet werden, Erwähnung gethan; es sind das Früchte praktischer Erfahrung und mehrjähriger Beobchtung, die auch in Zahlen ausgedrückt werden könnten. Wir wollen uns aber genaue Zahlenangaben für die Zukunft vorbehalten, um auf Grund eines grösseren Materials unseren Folgerungen eine festere Stütze zu gewähren.

Zunächst ist hervorzuheben, dass Dilatationszustände des Magens mit Gährungsvorgängen schlechte Resultate bei der Kumysscur aufwiesen. Die chronischen Darmkatarrhe verhielten sich viel günstiger, besonders die des Dünndarms; oft hielten solche bei einfacher Kumyssbehandlung aus, die anderwärts lange mit der verschiedensten Medication behandelt worden. Affectionen des Larynx

nahmen häufig einen guten Verlauf, doch wurde gewöhnlich neben der Kumysstherapie noch eine locale Behandlung nothwendig. Pleuritiden mit grösseren Ausschwitzungen kamen selten zur Beobachtung; die wenigen Beobachtungen hatten einen ungünstigen Ausgang, dagegen schienen die Fälle von Pleuritis sicca der Kumysstherapie zugänglich zu sein. Günstig liessen sich auch Herzfehler beeinflussen; bei incompensirten regelte sich der Kreislauf bald, die dyspnoischen Zustände gaben sich, die Palpitationen hörten auf und der Kräftezustand hob sich schnell. Vor Allem lässt sich aber das Factum constatiren, dass schwerere Hämoptoen zu den grossen Seltenheiten gehörten (nur 2 Fälle), dass im Gegentheil Fälle mit blutigen Sputis und häufigen kleinen Blutverlusten bei vorsichtigen Gaben Kumyss bald davon befreit wurden und dann späterhin mit gutem Erfolge eine regelrechte Kumysscur durchmachen konnten.

Endlich sei noch erwähnt, dass während der fünf Jahre drei Phthisiker in Poguljanka gestorben sind, alle drei in den letzten Stadien. Von den vorgeschritteneren Fällen sind wohl die Meisten ihrem Schicksale erlegen. Von Vielen ist uns diese Thatsache auch später zu Ohren gekommen, doch ist es eine für Curorte ganz allgemeine Erscheinung, dass Kranke, welche keine Besserung finden, den Ort verlassen, um anderswo Rettung zu suchen. Darin liegt auch die Erklärung, dass die Mortalität hier nicht weiter berücksichtigt worden ist.

St. Petersburg, April 1893.

Referate.

Paul Palma: Ein Beitrag zur Calomelbehandlung der Lebererkrankungen. Therap. Monatsh. Nr. III.

Verf. hat in der medicinischen Klinik die Wirkung des Calomels bei hydropischen Zuständen hepatogenen Ursprunges studiert. Die Dosirung wurde so eingerichtet, dass die Patienten drei Tage hintereinander 3 Pulver Calomel à 0,2 bekamen, gleichzeitig wurde Gurgeln mit chlorsaurem Kali verordnet. In 4 Fällen von Lebercirrhose mit Hydrops erzielte er eine ausgezeichnete Diurese nach Calomel; dabei schwanden die subjectiven Beschwerden, die Patienten fühlten sich vollkommen wohl. In 2 anderen Fällen blieb die Diurese aus, die spätere Section erwies aber, dass der Process in der Leber bereits zu weit vorgeschritten war. Bei Fällen von Lebererkrankungen ohne Hydropsien war die diuretische Wirkung allerdings gering, doch wichen die Beschwerden der Kranken, auch nahm der Icterus bedeutend ab. In einem Falle von secundärer Lebererkrankung mit starkem Hydrops (primäres Pyloruscarcinom, secundäres Lebercarcinom mit Atrophie der Leber) war die Calomelwirkung geradezu eclatant: es trat wesentliche Besserung im subjectiven Befinden des Patienten ein, und dabei wurde die stricte Stellung der Diagnose ermöglicht. Ueble Nebenerscheinungen, insbesondere Nierenreizung wurden in keinem Falle beobachtet. Auf Grund dieser Erfahrungen empfiehlt Verf. die Calomeltherapie in jedem Falle von Lebercirrhose mit Hydrops und bei secundären Lebererkrankungen.

Abelmann.

Postnikow: Die zweizeitige Gastroenterostomie. (Centralblatt für Chir, 1892. Nr. 49).

Excision eines Serosaovales aus Magen und Darmwand, hintere Muscularis- und Serosanaht, Abschnürung der vorgezogenen Mucosa des Magens und ebenso des Darmes. Vordere Muscularis- und Serosanaht; beim Thier schneidet die Ligatur in 4—5 Tagen durch wonach die Communication gegeben ist. Vortheil: keine Eröffnung des Cavum intestinale bei der Operation.

Z.

Sonnenburg: Ein durch Operation geheilter Fall von innerer Einklemmung. (Hernia retroperitonealis Treitzii). (Aus der Festschrift für v. Esmarch-Kiel).

Beschreibung eines Falles Treitzscher Hernie. Allerdings konnte S. nicht die Hernie in situ beobachten, auch der Nachweis einer peritonealen Tasche ist nicht erbracht. Dennoch nimmt S. wohl mit Recht an, dass die links vom Nabel fixirt gewesene mit deutlichem Einklemmungsring versehene kurze Dünndarmschlinge in die bursa duodenojejunalis eingeklemmt gewesen war. Reposition. Heilung: die erste einer Treitz'schen Hernie. Es folgen einige illustrirende Beispiele aus der Litteratur und einige anatomische Erörterungen bei der sich Verf. im Wesentlichen an Brösike hält.

Z.

Arnold Pollatschek in Karlsbad: Haben die Karlsbader Wässer ekkoprotische Wirkung? Auszug aus meinem, am 15. April 1893 bei dem XII. Congresse für innere Medicin in Wiesbaden gehaltenen Vortrage.

So bekannt auch die Indicationen und Gegenanzeigen für unsere so alten Thermen geworden sind, haben präcise Kenntnisse über die pharmakodynamischen Eigenschaften noch immer nicht allgemeine Verbreitung gefunden. In selbst guten balneotherapeutischen Büchern findet man ungenaue und selbst conträre Ansichten über die angezogene Frage und desgleichen unter den wenn auch ärztlich zuvor berathenen in Karlsbad anlangenden Kurbedürftigen. Auch der ebenfalls verbreiteten und in der Literatur vorkommenden Ansicht, dass der Schwerpunkt für die therapeutische Wirkung der Karlsbader Wässer in der abführenden Wirkung ihres Glaubersalzes liege, muss ich insofern entgegentreten, als auch den übrigen Eigenschaften derselben: ihrem Einflusse auf die verschiedensten Sekretionsorgane, ihren den Chemismus der Säfte verändernden Eigenschaften, ihrer Einwirkung auf die Oxydationsvorgänge im menschlichen Körper die gleiche Bedeutung zukomme. Eine solvirende Wirkung braucht nur in einem geringen Theile der zur Behandlung gelangenden Fälle tendirt zu werden, ist in anderen sogar von schädlichem Einflusse. Blos bei 139 unter 1000 Fällen war nach meinen Krankenprotokollen die Obstipation als belästigendes Symptom notirt und nur bei 37 Kranken gab habituelle Obstipation die primäre Indication zur Karlsbader Kur. Die Wirkung der Karlsbader Wässer ist eine doppelte, eine chemische und eine physikalische, beide haben auf die Peristaltik Einfluss, sind aber nicht congruent. Die Peristaltik ist schon im normalen Zustande von Nerveneinflüssen in besonderer Weise beeinflusst, und ist es in hohem Grade wahrscheinlich, dass sogar Endorgane der Nerven durch die reizende Wirkung der Salze und der höheren Temperatur getroffen werden. Je nach den Wärmegraden geschieht diese bald langsamer, bald rascher. Zur Stütze dieser Ansicht werden die Arbeiten von Jaworski, Nothnagel, Auerbach, Lüderitz, Trütschel und Paparetti zu Hilfe genommen. Bei den Darmbewegungen haben wir auch mit hemmenden Einflüssen zu rechnen. Auch die Peristaltik wird von hemmenden Nerven und Nervenelementen beeinflusst, wie dies aus den näher geschilderten Arbeiten von Pflüger, S. Mayer, Basch, Johannes Müller, Ehrmann und Oser hervorgeht. Die Darmbewegungen können auch reflectorisch und zwar im hemmenden Sinne ausgelöst werden, wie dies Pal und Berggrün, Bechterew und Mislarsky und auch Oser nachweisen. In der verschiedenen Art von Reizung, welche sich als theils vom Nervensystem reflectorisch veranlasste, theils als unmittelbare peristaltische Bewegung oder aber auch als Hemmung kundgiebt, und bei welcher die Richtung der Resultirenden durch die Stärke der in die Aktion eintretenden chemischen und physikalischen thermischen Componenten bestimmt wird, ist die Ursache zu suchen, warum durch die Karlsbader Kur die Darmthätigkeit auch schon unter normalen Verhältnissen verschiedenartig sich gestaltet. Die Quantität des getrunkenen Mineralwassers, dessen Dosirung und Temperatur bilden den breiten Spielraum, innerhalb dessen bald kein merklicher Einfluss, bald eine fördernde oder retardirende Einwirkung auf die Darmthätigkeit ausgeübt wird. Kleine Mengen lauwarmen oder gekühlten Mineralwassers haben auf die Darmentleerung keinen merklichen Einfluss. Dagegen hemmen kleine Mengen heisser Quellen (auch bei der rectalen Anwendung) die Darmausscheidung. Mittelgrosse Dosen und auch kühlere zeigen abführende Eigenschaften, nur darf die Kur nicht in brüsker Weise eingesetzt werden. Im Laufe der Kur tritt aus verschiedenen Ursachen ohnehin eine accumulirende Wirkung ein. Grosse Mengen von Mineralwasser kommen gegenwärtig zu ekkroprotischen Zwecken nur selten zur Verwendung. Man thut besser daran, die abführende Wirkung durch Beigabe des Karlsbader Salzes zu erhöhen. Die individuelle Veranlagung für Abführmittel soll nach Möglichkeit anamnestisch erhoben und erwogen werden. Einen wichtigen Factor für die Wirkung eines jeden gelinden Abführmittels bildet die inzwischen einzuhaltende Diät. Auch mit der sogenannten Karlsbader Diät darf nicht in brüsker Weise verfahren werden, weil die animalische Kost Nervosität hervorruft und diese zumeist Obstipationen veranlasst; namentlich bei Nervösen, (Leube und Ewald) welche unter den Besuchern eines Bades so zahlreich sind. Auch die hohen Wasserabgaben, namentlich durch Diurese und Schweissbildung müssen anderweitig ersetzt werden. Ein, die Grundursache der Darmthätigkeit berücksichtigendes Kurverfahren liefert, — wenn überhaupt reparable Verhältnisse vorliegen — gute und gewöhnlich nachhaltende Resultate. Es bessert oder heilt die pathologischen Zustände und

wird gar oft der Wendepunkt für eine vernünftige Lebensweise. Dagegen setzt es eine jedesmalige Zugrundelegung der vielgestaltigen pathologischen Zustände voraus, nach welcher die obige Skizze von der physiologischen Wirkung des Wassers modificirt werden muss. Im speciellen Falle darf die Rücksicht auf die Ekkoprose den eigentlichen Heilplan nicht beeinträchtigen. (Autorreferat).

J. Goldschmidt (Madeira): Die Behandlung und Heilung der Lepra tuberosa mit Europhen. (Therapeutische Monatshefte Nr. 4.)

Verfasser, bekannt durch seine Arbeiten über die Anwendung des Tuberculins bei Lepra hebt in der ersten Hälfte seiner Arbeit hervor, dass bisher keinerlei andauernde Erfolge bei Behandlung Lepröser erzielt worden seien und theilt dann seine Versuche zur Localbehandlung lepröser Knoten mit Europhen mit und zwar injicirte er in die Knoten 5 pCt. Europhen-Oellösung oder liess allgemeine Hauteinreibungen mit derselben anstellen. Bei der Wichtigkeit dieser Frage lassen wir kurze Auszüge aus den recht kurzen 5 Krankengeschichten folgen.

I. 48 jährige Leprõse. 3 Wochen lang Injectionen in verschiedene Knoten. Es dauert 3—8 Tage, bis das Oel zur Resorption gelangt. Die Kur wird wegen Ungläubigkeit der Patientin gegen das Mittel aufgegeben. Keine Abscesse aber auch keine Veränderung der Knoten.

II. Weitvorgeschrittener Fall. Nach 7-monatlicher Dauer der Behandlung mit Injection der Knoten, einzelne Knoten flacher geworden. Ein Jahr nach Beginn dieser Behandlungsart wird eine bedeutende Verschlimmerung des Krankheitsbildes constatirt.

III. 19-jähriger Pat. Seit 8 Jahren krank. Es wird meist jeden 3. Tag 5 pCt. Europhenöl in die Knoten injicirt. Nach 6-monatlicher Behandlung die Knoten auf $^1/_3$ der Grösse vermindert. 8 Monate später wird Verschlimmerung des Leidens constatirt.

IV. 12-jähriger Pat. 5 Monate lang Injection in die Knoten, die langsam auf die Hälfte im Umfang vermindert. Das Leiden schreitet im Uebrigen rasch fort.

V. Patientin mit ziemlich ausgebreiteter tuberöser Lepra. 15 Monate lang Einreibung aller afficirter Stellen mit 5 pCt. Europhenöl, 3 mal täglich 5 Minuten lang. Das verbleibende(?) Oel wird auf der Haut belassen, so dass sich diese Tag und Nacht im Contact mit dem Mittel befindet. Das Innere der Nase 3 mal täglich mit dem Oel gepinselt. Schon nach 4 Monaten Besserung und in 15 Monaten eine «langsame aber stetige Heilung», d. h. die Knoten sind geschwunden, die Haut leicht bräunlich, faltbar und etwas eingesunken. Bacillen in diesen Stellen nicht mehr nachweisbar. Allgemeinbefinden vorzüglich.

(Ref. kann sich durchaus nicht mit dem Autor einverstanden erklären, dass 15 Monate genügend sind, um einen Leprafall für geheilt zu erklären und möchte dabei auf die Ansicht Kaurin's hinweisen, der nur dann von Heilung spricht, wenn 10 Jahre kein Recidiv aufgetreten. Das dürfte ja wohl auch der richtigste Standpunkt sein, im Gegensatz zu den Schnellheilungen, wie z. B. die geheilten Fälle von Unna (wo bekanntlich bald ein Recidiv erschienen) oder Dreckmann aus Viehenburg.

Wenn der Autor sagt, dass ihm bisher nie ein Fall von Heilung zur Kenntniss gekommen, so kann man ihn nur auf die officiellen Norwegischen Lepra-Berichte verweisen.

Weit entfernt die Localwirkung des Europhens anzweifeln zu wollen, möchte Ref. noch hervorheben, dass alle Localbehandlung ja erfolglos für Heilungen bleiben muss, sobald bereits, wie ja wohl recht bald, innere Organe ergriffen sind).

O. Petersen.

Lauenstein: Zur Chirurgie der Gallenwege. Separatabzug aus der Festschrift für Esmarch-Kiel. 1893.

Verfasser schildert an der Hand von 15 Krankengeschichten die von ihm geübte Methode operativer Behandlung verschiedener Erkrankungen der Gallenblase. Indicationen ergaben sich bei der Mannigfaltigkeit der Erscheinungen aus der Schwere der Störung und dem Fehlschlagen jeder anderen Therapie. Die Diagnose lasse sich ebensowenig schablonenhaft stellen, wie die Indication zur Operation. Auch die einzelnen Symptome der allgemeinen Störung seien nicht constant. So leicht die Diagnose sei bei Icterus, Koliken, palpablen oder durch ihre Crepitation dem Ohre sich verrathenden Steinen, so schwer sei sie in Fällen, wo diese Symptome fehlen, ja sogar Koliken nicht vorhanden gewesen sind. Werthvoll sei stets die Empfindlichkeit der betr. Gegend.

Interessante Einzelheiten, wie das Vorkommen von Leucin und Tyrosin im Harn eines Gallensteinkranken sind im Original nachzulesen. Verf. hat stets die 2-zeitige Methode zur Eröffnung der Gallenblase gewählt und sprechen seine Erfahrungen entschieden für diese Wahl.

Namentlich wird eine eventuelle Nachoperation wegen zurückgelassener oder in Situ zertrümmerter Steine oft zu einer einfachen Extraction oder Incision, oft kommen auch die Trümmer von selbst heraus. — «Die zweizeitige Operation ist für den Operateur einfach und für den Kranken in der Regel ungefährlich».

Vollends beim Empyem der Gallenblase sei jede andere Methode zu verwerfen. In einigen Fällen fand sich die Störung verursacht, durch Adhaesionen die an der Gallenblase etc. einen Zug ausübten. L. räth schliesslich statt des meist üblichen Querschnittes einen Längsschnitt zur Trennung der Bauchdecken zu benutzen, weil dieser bei der Dehnbarkeit der Wundränder mehr Platz gäbe als der quere Schnitt, der stets einen starren (Rippenbogen) und blos einen beweglichen Wundrand besitze. Z.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Hermann Gutzmann: Vorlesungen über die Störungen der Sprache und ihre Heilung. Berlin 1893.

Der Name des Verf. ist nicht mehr neu in der medicinischen Literatur; durch mehrere Veröffentlichungen über einzelne articulatorische Sprachstörungen in der Berliner klin. und der Deutschen medicin. Wochenschrift hat er das Interesse auch weiterer medicinischer Kreise für diese Leiden zu wecken gesucht. Die eingehende Berücksichtigung der anatomischen und physiologischen Verhältnisse, welche diese Arbeiten auszeichnete, ist in noch höherem Maasse an diesem Werke zu rühmen. Dadurch ist es dem Verfasser gelungen, das dem Arzt bisher keineswegs geläufige Gebiet der coordinatorischen und articulatorischen Sprachstörungen, das Stottern und Stammeln, in durchweg das Interesse rege haltender Weise eingehend zu behandeln. Ja sogar durch die bis ins Detail ausgeführte Schilderung der Therapie folgt man gerne dem Verf., dem in diesen Kapiteln ausserdem seine grosse praktische Erfahrung zu Hilfe kommt. Im Bedarfsfalle würde der praktische Arzt sich allein aus diesem Buche genügend instruiren können, um mit Aussicht auf Erfolg leichtere Sprachfehler zu behandeln.

Auch die durch Herderkrankungen bedingten centralen Sprachstörungen sind genügend berücksichtigt und beachtenswerth ist der Rath des Verf. durch Schreibübungen mit der linken Hand indirect auf das Sprachvermögen einzuwirken. Ein reichhaltiges Literaturverzeichniss schliesst das durchaus empfehlenswerthe Werk. Da nachweislich mehr als die Hälfte aller Kinder im schulpflichtigen Alter mit Sprachfehlern behaftet ist, welche oft den Unterricht sehr erschweren und durch sachverständige Leitung leicht beseitigt werden können, so dürfte dieses Buch auch dem praktischen Arzte, namentlich dem Hausarzt kinderreicher Familien gelegentlich von Nutzen sein.

H. Dehio (Rothenberg).

Auszug aus den Protokollen
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg

Sitzung am 14. December 1892.

1. Dr. Kernig stellt eine 45-jährige Patientin vor, bei welcher er die Diagnose auf Stenose des rechten Bronchus wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs (Ulceration mit Narbenschrumpfung) gestellt hat. Dieselbe leidet seit einem Jahre an Schmerzen in den Schultern und Seiten. Im Sommer 1891 sollen beide Unterschenkel geschwellt und empfindlich gewesen sein. Pat. ist in verschiedenen Ambulatorien behandelt worden und hat im Januar und Februar 1892 Jodkali erhalten. Vom 27. August a. c. hat sich Husten mit spärlichem Auswurf, vom 12. September Heiserkeit und Dyspnoe eingestellt, ferner vom 22. September ab ein Hinderniss beim Schlucken fester Speisen. Pat. verneint selbst Lues und Alcoholismus. Als sie vor 2 Monaten in's weibliche Obuchowhospital eintrat, fiel hörbares Athmen auf, ein deutliches stenotisches Geräusch beim Inspirium. Beim Exspirium wurde ein übler Geruch wahrgenommen, wie bei Ozaena. Der Kehlkopf erwies sich ganz frei, desgleichen die Trachea, soweit man bei der laryngoskopischen Untersuchung hinuntersehen konnte: der Larynx macht nur ganz geringe Excursionen. Auf der ganzen rechten Brusthälfte ist das Athmungsgeräusch bedeutend herabgesetzt gegenüber der linken Seite. Die respiratorischen Excursionen auf der ganzen rechten Seite gleichfalls herabgesetzt. Dabei der Schall rechts voll. Die Lungengrenzen rechts reichen trotzdem weiter hinab, als normal, und weiter als links, im Gegensatze zu solchen Fällen, wo das Hinderniss länger bestanden hat und wo die Lungengrenzen verkleinert sind. Pectoralfremitus rechts herabgesetzt mit Ausnahme von

RVO, wo stärker als links. Das Herz etwas breiter, als normal. Leber um zwei Querfinger unter dem Rippenbogen vortretend. Milz nicht vergrössert. Urin normal. Pat. war die ganze Zeit fieberlos. Die Sonde ging ohne Hinderniss in den Magen. Nach einem Monate Hospitalaufenthaltes wurde das Schlucken übrigens wieder ganz frei. Vom 27. October an erhielt Pat. 20 Einreibungen grauer Salbe zu 4,0, nachher Jodkali. Der Ozaenageruch ist jetzt geschwunden, der Auswurf sehr gering, keine Tuberkelbacillen in demselben; das Stenosengeräusch gleichfalls weniger wahrnehmbar. Das Gewicht der Kranken ging zwar zur Zeit der Einreibungen von 159½ Pfd. auf 146 Pfd. herunter, jetzt seit einem Monat bleibt Pat. jedoch auf dem letzteren Gewichte. Von objectiven Zeichen früherer Lues lässt sich nicht viel nachweisen. Die hintere Rachenwand zeigt ein Aussehen, welches Dr. Kernig auf Narbenbildung infolge früherer syphilitischer Ulcerationen zurückzuführen geneigt ist. Desgleichen findet sich an der rechten Tibia eine Auftreibung des Knochens. Von Drüsen jedoch nur eine in der linken Axel vergrössert, die übrigen unverändert. An den Geschlechtstheilen ist nichts Verdächtiges gefunden; Aborte haben nicht stattgefunden. Erwähnenswerth ist noch eine mässig ausgesprochene Dämpfung in der rechten Infrascapulargegend, ferner dass der rechte Radialpuls vielleicht weniger gross ist, als links. In Frage kommt Lues, dann Compressionsstenose durch einen Tumor oder ein Aneurysma. Dr. Kernig hält ein Aneurysma der Aorta descendens in der rechten Thoraxseite für ganz ungewöhnlich und spricht sich in diesem Falle für luetische Narbenstenose des rechten Bronchus aus, namentlich falls die anwesenden Collegen die erwähnten Befunde als syphilitische anerkennen wollten.

Discussion:

Dr. Assmuth hält die Auftreibung der rechten Tibia für luetisch. Dr. Petersen hält die Tibia wohl für verdächtig, den Rachen jedoch nicht. Dr. Rauchfuss spricht sich für einen hyperplastischen Rachencatarrh mit nachfolgender Atrophie der Mucosa aus und macht auf den Trompetenton beim Sprechen und auf das Zischen beim Husten aufmerksam, welche er schon als Symptome einer Trachealstenose auffasst. Er hat den Trompetenton in einem Falle beobachtet, wo er die Trachealstenose auf tracheoskopischem Wege bestimmt hatte. Diese von ihm als Policinell-Stimme bezeichnete Veränderung des Tones beim Sprechen soll dann zu Stande kommen, wenn durch ein verengertes Lumen der Trachea die Luft noch mit ziemlicher Kraft durchgetrieben wird, wobei die stenosirenden Wülste vibriren. Eine Bronchostenose allein könnte nach Meinung von Dr. Rauchfuss nicht so hochgradige Athembeschwerden hervorrufen, wie in diesem Falle. Eine Bronchialstenose könnte vielleicht gleichfalls die Policinell-Stimme erzeugen, aber jedenfalls nicht in einem Falle wie dieser, wo die rechte Lunge fast keine Luft mehr erhält und daher die Luft nicht mehr mit der Kraft durch die stenosirte Partie durchtreiben kann, welche erforderlich ist, um ein so lautes Geräusch zu erzeugen. Dagegen sprechen die Befunde an der rechten Lunge in der That für eine Stenose des rechten Bronchus. So hat Rauchfuss bei einigen Fällen von Obturation der Bronchien sofort die Blähung der betreffenden Lungen mit Luft wahrgenommen. Die Inspiration lässt sich mit Hilfe der inspiratorischen Muskeln immer befriedigen, die Exspiration ist jedoch nicht genügend. Es scheint also im vorliegenden Falle sich um eine Tracheobronchialstenose zu handeln.

Dr. de la Croix ist der Ansicht, dass die meisten Symptome für einen Tumor des hinteren Mittelfellraumes sprechen. Dagegen würde nur der Umstand anzuführen sein, dass der Zustand der Patientin sich in letzter Zeit etwas gebessert haben soll.

2. Dr. de la Croix stellt das Präparat eines Tumors des vorderen Mittelfellraumes vor, welches er bei der Section eines 3½ Jahre alten Knaben gewonnen hat und welches besonders deshalb Interesse beansprucht, weil der Tumor bis zu dem plötzlich erfolgten Tode keinerlei auffällige Symptome hervorgerufen hat. Dr. Koch, welcher den Knaben öfters zu sehen Gelegenheit gehabt hatte, bezeugt, dass derselbe noch im April d. J. bis auf einen rhachitisch geformten Thorax ganz gesunde Organe dargeboten hat und bloss etwas blass ausgesehen haben soll. In den letzten Tagen hatte sich zwar ein leichter Husten eingestellt, im Uebrigen ist der Knabe nach Aussage der Eltern noch am Todestage äusserst wohl und munter gewesen. In der Nacht hatte sich dann aus unbekannter Ursache Erbrechen eingestellt, und bevor Dr. Koch, nach welchem sofort geschickt worden, hatte eintreffen können, war das Kind nach einigen tiefen und lauten Inspirationen mit schaumiger Flüssigkeit auf den Lippen verstorben. Da der Tod offenbar durch Asphyxie hervorgerufen war, so erwartete man im Kehlkopfe Fremdkörper, erbrochene Speisemassen vorzufinden. Die am folgenden Abende von Dr. de la Croix in Gegenwart von Dr. Koch und einem dritten Collegen ausgeführte Section bestätigte den Erstickungstod. Die venösen Gefässe des Gesichtes und namentlich des Halses des im Uebrigen blassen Knaben mit dunklem flüssigem Blute strotzend gefüllt. Die Finger der Hände krampfhaft zur Faust geballt. Aus der Harnröhre eine schleimige Flüssigkeit auf die Schenkel entleert. Herzbeutel und Pleura hochgradig ecchymosirt. Lungen voluminös, blutreich, in geringem Grade oedematös, bieten hochgradiges subpleurales Emphysem dar. Die Schleimhaut des Kehlkopfes und der Trachea lebhaft geröthet und mit schaumig blutiger Flüssigkeit bedeckt. Dieselben jedoch frei von jedwedem Fremdkörper. Dagegen präsentirte sich gleich nach Entfernung des beträchtlich vorgewölbten Brustbeines zwischen demselben und dem Herzen ein prominirender Tumor von 10 Cm. Länge, 6 Cm. Breite und 4 Cm. Dicke, welcher 1½ Cm. über dem oberen Rande des Manubrium Sterni beginnend fast bis zur Herzspitze herabreicht und das mässig vergrösserte Herz nach hinten gedrängt hat, dasselbe zugleich in Form eines Kürasses von beiden Seiten umklammernd. Ausserdem fanden sich in beiden Nieren zahlreiche runde Geschwulstknoten von Stecknadelkopf- bis Kleinhaselnuss-Grösse, ausschliesslich in der Corticalis gelegen, von blass gelbröthlicher Färbung und weicher Consistenz, wie der Tumor des Mediastinum. Das Mesenterium enthielt gleichfalls eine Menge ähnlicher Knötchen. Milz stark vergrössert, von rothbrauner himbeerähnlicher Farbe und ziemlich derber Consistenz; Pulpa jedoch leicht abstreifbar. Leber bietet nichts Besonderes dar. — Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab ein kleinzelliges Rundzellensarcom, welches wahrscheinlich von der Tymusdrüse seinen Ausgang genommen; wenigstens liessen sich von der letzteren, deren langsame Rückbildung erst mit dem Ende des zweiten Jahres beginnt, keinerlei Residuen mehr nachweisen. Dass der verhaltnissmassig grosse Tumor bei Lebzeiten keinerlei Drucksymptome hervorgerufen, liegt wohl nur daran, dass der biegsame kindliche Thorax genügend nachgegeben, wodurch es auch zur Bildung des deformirten Thorax gekommen war. Den plötzlichen Erstickungstod erklärt Dr. de la Croix sich dadurch, dass der an Trachea und Kehlkopf fixirte Tumor bei den Würgbewegungen während des Erbrechens in die Höhe gezerrt worden und sich in der oberen Brustapertur zwischen oberem Rande des Sternum und der Wirbelsäule eingeklemmt hat, dadurch die Trachea comprimirend. Hierfür würde wenigstens eine deutliche Druckfurche am Tumor sprechen, welche sich auf der Höhe der oberen Rippen noch am Spirituspräparate nachweisen lässt (Demonstration des Präparates.)

3. Dr. Masing demonstrirt das Herz eines kürzlich in seinem 62. Lebensjahre unter stenocardischen Anfällen verstorbenen Mannes. Das Herz von annähernd normalen Grössenverhältnissen, Wand des linken Ventrikels etwas verdickt mit Ausnahme einer silberrubelgrossen Stelle an der Herzspitze, wo die Musculatur ganz fehlt und Peri- u. Endocard nur durch ein wenige Millimeter dickes Bindegewebe getrennt sind. Klappen und Ostien alle normal; unmittelbar über den Aortenklappen an einer Stelle der Intima aortae eine fingernagelgrosse circumscripte atheromatöse Auflagerung. Der Beginn der Coronararterien nicht verengt, aber bald im weiteren Verlaufe sind Verdickungen der Wand bis fast zum Verschluss des Lumens und an einzelnen Stellen atheromatöse Ulcerationen da. Bemerkenswerth ist dieser Befund nur im Zusammenhange mit der Beobachtung intra vitam. Vor 15 Jahren hatte der Verstorbene einen stenocardischen Anfall, wo er stundenlang mit dem Tode rang. Es dauerte ½ Jahr, ehe die bedrohlichen Symptome der Herzschwäche vergingen. Gewiss hatte sich damals in einem grossen Aste der coronaria ein Thrombus gebildet, der die Necrose des betreffenden Abschnittes der Herzwand veranlasst hat. Somit hatte der Verstorbene noch 15 Jahre mit dem so veränderten Herzen sein thätiges und aufregendes Leben als höherer Bankbeamter geführt. (Autorreferat).

4. Dr. Masing theilt die Krankheitsgeschichte und Section eines 80 jährigen Mannes mit, den er die letzten 15 Jahre behandelt hatte. Seit Beginn der Behandlung constatirte er bedeutende Prostatahypertrophie. Ab und zu erfolgten unbedeutende oder auch profuse Blutungen aus der Blase, die aus verschiedenen Gründen auf die Nieren bezogen werden mussten, bes. auf die linke, wo Pat. oft einen dumpfen Schmerz fühlte. Da im Laufe vieler Jahre keine Tumoren an den Nieren bei dem mageren und atrophischen Greise palpirt werden konnten, wurden Neubildungen als Quelle der Blutungen unwahrscheinlich und die Vermuthung, dass es sich um Infarctbildungen in den Nieren handele, gewann Oberhand. Dahin führte besonders noch die beständige Existenz eines lauten systolischen Geräusches an der Herzspitze und besonders auf dem Sternum. Dieses Geräusch wurde auf Atherom der Aorta bezogen, Klappenfehler wurden ausgeschlossen und zwar eine Mitralinsufficienz — weil das Herz in beiden Hälften nicht vergrössert und der II. Pulmonalton nicht verstärkt war, und eine Stenose des Aortenlumens — weil keine Hypertrophie des linken Ventrikels vorlag und der Puls immer recht gross und stark war. Für die Niereninfarcte sprach auch das, dass die Blutungen immer von Fieber, zuweilen von Schüttelfrösten begleitet waren.

Section: Die Prostata in 3 je apfelgrosse mit einander zusammenhängende Myome verwandelt ohne eine Spur von Erweichung. Beide Nieren klein, die Kapseln nur mit Substanzverlust der Corticalis abziehbar. Die Corticalis schmal mit zahlreichen Infarctnarben.

Das Herz als Ganzes nicht vergrössert; die beiden Kammern aber ungleich an Volumen. Der linke Ventrikel dilatirt, nimmt allein die Spitze ein und lässt das Septum convex in den rechten Ventrikel vorgewölbt sein, so dass das Lumen des rechten sehr verkleinert ist. Die Wand des linken Ventrikels doch etwas verdickt. Hochgradige Stenose des Aortenostiums durch Verwachsung der zu starren Platten degenerirten Klappen. Mitralklappen schlussfähig, Ostium von normaler Weite. Die Aorta ascendens und der Arcus zeigen eine normale glatte Intima; in der Aorta descendens beginnt flächenhafte Arterio sclerosis mit atheromatösen Geschwüren von Daumennagelgrösse. Diese Geschwüre haben zerklüftete, fetzige Ränder und Boden. Im Beginn der Aorta abdominal. über den Nierenarterien zwischen cöliaca und mesaraica sup. an der linken Seite ein apfelgrosses sackförmiges Aneurysma ganz gefüllt mit Fibrinmassen.

Auffallend war es, dass eine hochgradige Stenose der Aorta ohne die beiden Cardinalsymptome — schwache Füllung der Arterien und bedeutende Hypertrophie des linken Ventrikels — bestehen konnte. Freilich war es dem Referenten im Leben aufgefallen, dass bei Fieber eine merkwürdige Disharmonie eintrat — der Herzchoc wurde sehr stark, hebend, während der Radialpuls klein und schwach wurde. Aber der Choc blieb immer im 5. Intercostalraum — einwärts von der Mamillarlinie.

Es ist dieses Fehlen der beiden Cardinalsymptome entschieden so zu erklären, dass der Greis ausserordentlich geringe Ansprüche an sein Herz stellte. Er ging höchstens mal langsam aus einem Zimmer ins andere seit Jahren schon. Da genügten die Contractionen des nur wenig hypertrophirten linken Ventrikels, um die Stenose zu überwinden und die Arterien zu füllen. Wurden die Ansprüche stärker (Fieber), die Contractionen beschleunigter — dann traten die vermissten Symptome hervor.

5. Dr. Masing verliest eine Abhandlung «Zur Casuistik der Pseudoleukämie» (veröffentlicht in dieser Wochenschrift 1893, Nr. 5). (Autorreferat).

D. z. Director: Dr. C. v. Lingen.
Secretär: Dr. Jalan de la Croix.

XII. Congress für innere Medicin zu Wiesbaden.

Vom 12—15. April 1893.

Die beiden alljährlich im Frühling in Deutschland stattfindenden medicinischen Congresse, der der Chirurgen und jener der inneren Mediciner, fielen in diesem Jahre bedauerlicher Weise in eine und dieselbe Zeit, sodass die Theilnahme der Mitglieder an beiden Congressen diesmal nicht möglich war. Glücklicher Weise waren der Berhürungspunkte zwischen beiden Congressen in diesem Jahre nur wenige: der Chirurgencongress hatte meist Themata von streng specialistischem Interesse auf der Tagesordnung und auch die Verhandlungen des Congresses in Wiesbaden bedurften in diesem Jahre nicht eigentlich einer Ergänzung von chirurgischer Seite, wie das in früheren Jahren z. B. bei den Verhandlungen über Ileus, Pleuritis der Fall war. Der Congress für innere Medicin wurde von dem Präsidenten desselben Prof. Immermann (Basel) mit einer geistvollen Ansprache eröffnet, in welchem derselbe ausführte, dass der diesjährige Congress im Gegensatz zum vorigjährigen in Leipzig, der ein mehr academisches Gepräge hatte — eminent praktische, durch die Bedürfnisse der Gegenwart nothwendig gewordene Ziele im Auge habe. Vor Allem sei es die Cholera, welche eine Klärung der Aetiologie und Präcisirung der Prophylaxe und Behandlung derselben nothwendig mache, um bei einem eventuellen Wiederauftreten der Seuche besser gerüstet derselben gegenüber zu stehen. Auch das zweite Hauptverhandlungsthema des Congresses, die traumatischen Neurosen, sei eine wahre Nothfrage der Zeit, in welcher der Mensch durch Vererbung, Erziehung, Beruf, Sitte und Unsitte an der Neige unseres Jahrhunderts, im Durchschnitt betrachtet, zu einem gar absonderlichen Lebewesen, einem «Neurozoon» herangeartet sei.

Nach Vollziehung der Wahlen begannen die wissenschaftlichen Verhandlungen über die Cholera, für welche als Referenten zwei Männer berufen waren, die beide in den schweren Tagen der letzten Hamburger Epidemie in maassgebenden Stellungen gewirkt haben: der Director der Hamburger städtischen Krankenhäuser Prof. Rumpf und der Professor der Hygiene Dr. Gaffky (Marburg), ein Schüler Kochs, der diesen 1884 auf der Choleraexpedition nach Indien begleitete.

Der erste Referent Prof. Rumpf gab nach einigen einleitenden Worten über die Geschichte der Hamburger Epidemie einige statistische Daten. In der letzten Hamburger Epidemie erkrankten vom August bis November im Ganzen 7870 Personen. Der erste officiell gemeldete Fall kam am 22. August vor und vom 30. August an betrug die durchschnittliche Tagesaufnahme der Krankenhäuser schon über 400 Kranke. Die Mortalität betrug $^1/_3$ der Erkrankten; $^2/_3$ aller Todesfälle fielen auf die beiden ersten Krankheitstage. Eine Anzahl von Fällen ist nach einer Zwischenperiode der Besserung doch noch comatös zu Grunde gegangen. Nicht alle Kranken konnten auf Commabacillen untersucht werden, wohl aber alle Gestorbenen, Die Commabacillen finden sich immer bis zum 7. Krankheitstage, in wenigen Fällen aber noch bis zum 18. Tage vor. Die Bacillen wurden auch bei einfacher Diarrhoe und compacten Stühlen zuweilen gefunden. Die Incubationszeit beträgt im Durchschnitt 1 Tag, in seltenen Fällen 4 und mehr Tage. Die häufigste Secundärerkrankung ist das Reactionsfieber, das sog. Typhoid, dessen Prognose in Hamburg eine recht günstige war; dagegen ist Sopor und Coma mit subnormaler Temperatur ungünstig (90 pCt. Mortal). Das Coma steht in keinerlei Verhältniss zur Stickstoffausscheidung und kann nicht auf urämische Erscheinungen zurückgeführt werden (es fehlen die Oedeme). Die Ursache der Nierenerkrankung ist nicht Ischämie, sondern die Einwirkung von Toxalbuminen.

Was die Prophylaxe und Therapie betrifft, so empfiehlt sich die Beibehaltung der gewohnten Lebensweise, selbst des Biergenusses. Initiale Diarrhoen können mit Opium behandelt werden, doch ist der Nutzen zweifelhaft. Darmantisepsis war wirkungslos. Calomel 0 3 bis 0,5 mehrmals täglich ist empfehlenswerth. Die Cantanische gerbsaure Enteroklyse ist nur bei Anfangs- und Nachdiarrhoeen zu verwerthen, bei comatösem Zustande ist sie wirkungslos. Besser wirkten Eingiessungen von Seifenlösungen im heissen Bade. Bäder von 35—36° $^1/_4$ Stunde andauernd, wirken sehr günstig, namentlich im algiden Stadium. Die intravenösen Injectionen (1 Liter von 42°) bessern für einige Zeit das Allgemeinbefinden und heben den Puls und übertreffen entschieden die subcutanen Wasserinjectionen. Das von Klebs angewandte Anticholerin ruft eine merkliche Besserung der klinischen Erscheinungen hervor, doch sind die Erfahrungen noch nicht abgeschlossen.

Rumpf's Erfahrungen gipfeln in folgenden Sätzen; 1) Die Koch'schen Commabacillen bilden das ursächliche Element der Cholera asiatica, doch bedingt ihre Anwesenheit nicht immer den Ausbruch von Choleraerscheinungen. 2) Die Bacillen verlieren vermuthlich zeitweilig ihre Virulenz. Die Hülfsmomente zur Entstehung der Cholera müssen mehr in einer individuellen Disposition, als in zeitlichen und örtlichen Verhältnissen gesucht werden. 3) Die individuelle Disposition würde im Wesentlichen durch Störungen im Digestionstractus bedingt. 4) Das Platten-Culturverfahren kann trotz der Gegenwart von Commabacillen im Darme Tage hindurch negative Resultate ergeben. 5) Die Commabacillen wirken durch Toxinbildung auf Nieren, Nervensystem und Athmungscentren. 6) Die Bacillen können im Darm bis zu 18 Tagen lebensfähig bleiben. 7) Eine specifische Therapie der Cholera giebt es einstweilen nicht.

Der Correferent Prof. Gaffky behandelte die bacteriologisch-aetiologische Seite der Cholerafrage. Er betonte, dass die Commabacillen die constanten Begleiter des Choleraprocesses sind: Bei den Sectionen in Hamburg bis zum 6. — 7 Krankheitstage wurden sie immer nachgewiesen. Dass die Franzosen Le Sage und Masainge in Paris in 14 resp. 33 pCt. der Cholerafälle keine Bacillen gefunden, führt G. auf schlechte Untersuchungsmethoden zurück. Was die Experimente von Pettenkofer, Emmerich und Hasterlik (Wien) anbetrifft, welche Bacillen-Culturen verschluckten, so hält er sie für nicht massgebend, da die Culturen nicht durch Thierversuche auf ihre Virulenz geprüft worden waren und Hasterlik die ersten Versuche ohne Neutralisirung des Magensaftes vorgenommen hatte. Als das hauptsächlichste Infectionsagens muss nach den Erfahrungen in Hamburg und Nietleben das Wasser angesehen werden, was Pettenkofer stets bestritten hat. Die Jahreszeit, in welcher Hitze und Trockenheit herrscht, und in Folge dessen am meisten Wasser getrunken wird, ist daher für die Entstehung und Ausbreitung der Cholera auch am günstigsten.

Die sich an diese Vorträge anschliessende lebhafte Discussion, welche noch am nächsten Sitzungstage fortgesetzt wurde, gestattet den Schluss, dass der überwiegende Theil der deutschen Aerzte den contagionistischen Standpunkt R. Koch's theilt. Bf.

Vermischtes.

— Der ältere Ordinator des St. Petersburger Ssemenowschen Militärhospitals, Staatsrath Dr. W. W. Maximow,

ist zum Professor extraord. der operativen Chirurgie an der Warschauer Universität ernannt worden.

Dr. Buiwid, gegenwärtig Leiter der städtischen bakteriologischen Station in Warschau, hat eine Berufung an die Krakauer Universität als Professor der Hygiene erhalten.

— Der Oberarzt des Krankenhauses des Collegiums allgemeiner Fürsorge in Reval, Dr. Nikolai Krusenstern, ist als ausseretatmässiger älterer Medicinalbeamter in's Medicinaldepartement übergeführt worden.

— Verstorben: 1) Am 5. April in Saratow der dortige Arzt Adolf Knorre im 67 Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus der Stadt Pernau (Livland) und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erlangt, wo er von 1846—51 Medicin studirte. Nach Erlangung des Arztgrades wurde K. Arzt des Grodnoschen Leib-Husarenregiments, nahm aber i. J. 1857 seinen Abschied und war dann successive Ordinator am Alexander-Hospital in Saratow, Landschaftsarzt im Gouv. Saratow und von 1880 bis zu seiner Pensionirung i. J. 1886 jüngerer Arzt des Imaretischen Infanterie-Regiments in Saratow. Der Verstorbene, welcher 36 Jahre in Saratow prakticirt hat, erfreute sich einer ausgebreiteten Praxis und grosser Beliebtheit unter den Reichen sowohl wie unter den Armen, denen er nicht nur mit seinem ärztlichen Rath, sondern oft auch mit Geldmitteln behilflich war. 2) Am 20. April auf seinem Gute Moissejewka im Gouvernement Poltawa der frühere Stadtarzt von Krementschug, Conrad Wilh. v. Struwe. Geboren in Dorpat am 20. Jan. 1821 als Sohn des berühmten ehemaligen Dorpater (später Pulkowaschen) Astronomen, Prof. Friedr. Wilh. Struwe, erhielt der nun Heimgegangene seine Schulbildung im Gymnasium seiner Vaterstadt und bezog i. J. 1839 die Dorpater Universität, an welcher er bis 1843 Medicin studirte. Nach Absolvirung des Arztexamens wurde St. Stadtarzt in Krementschug, gab aber später diese Stellung auf, um sich ganz der Bewirthschaftung seines Gutes im Poltawaschen Gouvernement zu widmen. Seit dieser Zeit beschränkte sich seine ärztliche Thätigkeit auch nur auf seine nächste Umgebung. 3) Am 9. April in Samostje (Gouv. Lublin) der dortige Kreisarzt Alfred Rose im 40. Lebensjahre am Flecktyphus. Er hat seine Frau mit zwei kleinen Kindern ganz mittellos hinterlassen. 4) Am 25. April n. St. der ord. Professor der pathologischen Anatomie an der Wiener Universität, Hofrath Dr. Kundrat an Apoplexie in Folge einer Herzaffection im 48. Lebensjahre. Der Verstorbene war viele Jahre Assistent des grossen Pathologen Rokitansky in Wien, wurde 1875 Professor in Graz und im Jahre 1882 von dort nach Wien berufen. 5) In Wien am 5. Mai n. St. der bekannte Laryngolog, Prof. Dr. Joh. Schnitzler, plötzlich im 58. Lebensjahre. In ihm verliert die Wiener allgemeine Poliklinik ihren langjährigen Director, dessen Energie und dessen Bemühungen das genannte Institut in erster Reihe sein Gedeihen verdankt. Ein Vierteljahrhundert lang hat Sch. auch die Redaction der «Wiener med. Presse» geführt, welche er i. J. 1860 mit Dr. Markbreiter begründet hatte. Erst vor 7 Jahren übergab er die Redaction dieses Blattes seinem Mitarbeiter Dr. Anton Bum. Der Verstorbene ist namentlich auf dem Gebiet der Lungen- und Kehlkopfkrankheiten in hervorragender Weise literärisch und praktisch thätig gewesen. 6) Am 30. April n. St. der bekannte Kliniker Prof. Arnold Cantani in Neapel im 67. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war in Hainsbach (Böhmen) als Sohn eines Arztes geboren und hatte seine medicinischen Studien in Prag gemacht, wo er 1860 promovirt wurde. In Würdigung seiner ausgezeichneten Uebersetzungen deutscher med. Werke in's Italienische wurde i. 1864 als Professor der Pharmakologie nach Pavia und 1868 von dort als Director der med. Klinik an die Universität Neapel berufen, wo er bald einer der hervorragendsten Reformatoren der neapolitanischen Schule wurde. Seine wichtigsten Arbeiten sind dem Studium der Infectionskrankheiten. (Malaria, Typhus, Cholera) und des Diabetes gewidmet. Ausserdem gab er eine trefflich redigirte Zeitschrift: «Giornale internationale delle scienze mediche» heraus.

— Zum Rector der Universität Tübingen für das Studienjahr 1893/94 ist der Professor der Anatomie Dr. W. Henke gewählt worden.

— Sowohl Prof. Erb (Heidelberg), als auch Prof. Wernicke (Breslau) haben die Berufung auf den Lehrstuhl der inneren Medicin an der Wiener Universität abgelehnt.

— Am 2. April beging Dr. de Bossy seinen 100. Geburtstag. In diesem hohen Alter übt derselbe noch gegenwärtig die ärztliche Praxis in Havre aus, wo er sich vor [illegible]0 Jahren niedergelassen hat. (A. m. C. Ztg.)

— Der gegenwärtige serbische Ministerpräsident und Leiter des jüngsten Staatsstreichs, Dr. Dokics ist von Hause aus Arzt und hat seine medicinische Ausbildung an der Wiener Universität erhalten. Bevor er zum Erzieher des jetzigen Königs von Serbien ernannt wurde, war er Professor der Physiologie an der Belgrader Hochschule.

— Wie der «Wratsch» erfährt, ist dem Dr. med. der Berner Universität, A. S. Bogolubskaja, in Anbetracht der Dienste, welche dieselbe während der letzten Choleraepidemie in Tomsk geleistet hat, — Dienste, welche von mehreren Professoren, dem Gouverneur und dem Stadthaupt bezeugt wurden, das Recht der Ausübung der Praxis, jedoch nur im Gouvernement Tomsk, ertheilt worden.

— Die bei der hiesigen militär-medicinischen Academie neugegründete «Anthropologische Gesellschaft» hat am 25. April ihre erste Sitzung im Conferenzsaale der Academie abgehalten, auf welcher der Professor der Anatomie Dr. A. Tarenezki zum Präsidenten, Prof. Dr. N. Iwanowski zum Vicepräsidenten, Privatdocent Dr. Delizyn (Anatom) zum Secretär und Prosector Dr. Schawlowski zum Cassirer gewählt wurde.

— Am 21. April beging die chirurgische Abtheilung des hiesigen Marienhospitals für Arme das 25-jährige Jubiläum ihres Bestehens mit einem Festact, auf dem der gegenwärtige Leiter dieser Abtheilung Dr. Trachtenberg eine kurze historische Skizze der Thätigkeit der Abtheilung während ihres 25-jährigen Bestehens verlas.

— Die Eröffnung der Kursaison 1893 in den kaukasischen Mineralbädern findet statt: in Pjatigorsk am 4. Mai, in Essentuki am 14. Mai in Shelesnowodsk am 20. Mai und in Kisslowodsk am 1. Juni. Im Sommer dieses Jahres wird die Eisenbahnverbindung von der Station «Минеральныя воды» der Rostow-Wladikawkas-Eisenbahn mit allen Gruppen der genannten Bäder eröffnet werden.

— Das medicinische Personal der St. Petersburger Gouvernements-Landschaft wird vom 1. Mai an um zwei Aerzte, 15 Studenten des V. (letzten) medicinischen Cursus, 3 Studenten des IV. Cursus und einen Feldscherer verstärkt werden.

— Die von den Privatdocenten der militär-medicinischen Academie in den letzten Monaten abgehaltenen öffentlichen Vorlesungen haben einen Reingewinn von 692 Rbl. ergeben, welche zur Unterstützung der aus den Kliniken der Academie austretenden mittellosen Patienten verwandt werden sollen.

— Wie verlautet, hat das Medicinaldepartement die Frage bezüglich der Belohnung des medicinischen Personals, welches im vorigen Jahre an der Bekämpfung der Cholera theilgenommen hat, angeregt.

— Das vom Medicinaldepartement ausgearbeitete Project betreffend die Verschärfung der Strafen für Vergehen gegen die Sanitäts-Verordnungen, ist vor Kurzem bestätigt worden.

— Von der hiesigen militär-medicinischen Academie und den medic. Facultäten des Reiches sind bereits eine grössere Anzahl von Studenten der letzten Curse zur Bekämpfung der Cholera und des Typhus in das Innere des Reiches und nach Sibirien abgegangen. Auch aus Jurjew (Dorpat) sind junge Aerzte und ältere Mediciner nach Podolien, Charkow, Tobolsk u. s. w. zu diesem Zweck abgereist. Allein in's Gouv. Tobolsk haben sich 9 ältere Mediciner der Universität Jurjew (Dorpat) einer Aufforderung des dortigen Gouverneurs, des ehemaligen livländischen Vicegouverneurs M. Bogdanowitsch, Folge leistend — zur Bekämpfung der Cholera begeben. Ueberhaupt ist die Nachfrage nach Aerzten und Feldschern gegenwärtig eine sehr grosse. Allein beim Medicinaldepartement sollen aus 22 Gouvernements Gesuche um Zusendung von ca. 800 Aerzten und mehr als 2000 Feldschern eingelaufen sein. Diese Forderungen können natürlich unmöglich erfüllt werden.

— Gegenüber den in St. Petersburg in letzter Zeit circulirenden Gerüchten, dass hier wieder Erkrankungen und Todesfälle an der Cholera vorgekommen seien, macht das Medicinaldepartement im Regierungsanzeiger bekannt, dass vom 18. December 1892 bis zum 10. April 93 kein einziger derartiger Fall constatirt worden ist.

— Die letzten Nachrichten über die Cholera in Russland, welche vom 10—23. April dem Medicinaldepartement zugegangen sind, beziehen sich auf 12 Gouvernements u. Gebiete. Im Gouvernement Podolien sind vom 16. März bis 1. April 395 Erkrankungen und 132 Todesfälle, im Gouvernement Kursk vom 1. März—1. April 32 Erkrank. und 10 Todesfälle, im Gouv. Tambow vom 15. März—16. April 20 Erkrankungen und 13 Todesfälle, im Gouvernement Simbirsk vom 8. März—1. April 5. Erkrank. und 1 Todesf., in der Stadt Orel vom 3—17. April 6 Erkrank. und kein Todesfall vorgekommen. Die Gouvernements Kasan, Ufa, Pensa, Ssaratow, Tschernigow, Orel, das Don- und Karsgebiet weisen nur vereinzelte Fälle von Cholera auf.

— Der Flecktyphus herrscht in Frankreich in recht bedenklichem Grade und breitet sich immer mehr aus. Bis zum 13. April n. St. waren bereits 10 französische Städte von der Epidemie ergriffen. In Lille ist sie in dem überfüllten Gefängnisse vor 2 Monaten ausgebrochen, ebenso im Ar-

beitshause von Nanterre und in den Pariser Polizeigefängnissen. Die Sterblichkeit ist dabei eine ungewöhnlich grosse. So sind in Paris von 85 Typhuskranken 32 gestorben, in Amiens von 93 Kranken 35, im Arbeitshause von Nanterre von 29 Kranken 14 gestorben.

— Die Influenza weist in Paris eine ansehnliche Steigerung auf (56 Todesfälle gegen 20 in der Vorwoche). In London kamen 47 Todesfälle an Influenza vor gegen 49 in der Vorwoche). In Kopenhagen und Stockholm macht sich eine stetige Abnahme der Epidemie bemerkbar.

— Die deutsche anatomische Gesellschaft wird ihre diesjährige Versammlung vom 21—24. Mai n. St. in Göttingen unter dem Vorsitz von Prof. Waldeyer (Berlin) abhalten.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 25. April d. J. 6398 (60 mehr als in der Vorwoche), darunter 179 Typhus— (8 mehr), 556 Syphilis — (20 mehr), 74 Scharlach — (7 mehr), 12 Diphtherie — (= Vorw.), 17 Masern — (2 mehr) und 34 Pockenkranke — (1 weniger als in der Vorw.).

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Kargopol (Gouv. Olonez). Gehalt 1500 Rbl. jährlich. Adresse: «Каргопольская Земская Управа».

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Nowaja Ladoga (Gouv. St. Petersburg). Gehalt 1200 R. jährl. Adresse: «Новоладожская Земская Управа».

3) Für den Perekop'schen Kreis (Taurien) werden 1 Arzt und 3 Studenten der älteren Curse zur Bekämpfung der etwa auftretenden Cholera gesucht. Bis zum Auftreten der Cholera erhält der Arzt 100 Rbl., die Studenten 75 R. monatlich. Bei Abcommandirung in die von der Cholera ergriffenen Gegenden wird die Gage des Arztes auf 300 und die der Studenten auf 150 Rbl. monatl. erhöht. Adresse: «Перекопская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 18. April bis 24. April 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
322	239	561	97	54	84	9	8	15	54	48	53	54	37	36	11	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 7, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 2, Masern 1, Scharlach 16, Diphtherie 3, Croup 2, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 29, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 88, Tuberculose anderer Organe 17, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 37, Marasmus senilis 26, Krankheiten des Verdauungscanals 54, Todtgeborene 17.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 11. Mai 1893.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 3. Mai 1893.

Календарь Беременности
ТАБЛИЦА ДЛЯ ВЫЧИСЛЕНІЯ ВРЕМЕНИ РОДОВЪ
Д-ра мед. Я. ДЕДЮЛИНА.
Цѣна **30** к., а съ пересылкою **40** к.
Продается (Спб. Невскій пр., № 61) у автора и вовсѣхъ книжныхъ магазинахъ.

SEE- UND SOOL-BAD KOLBERG.

Eisenbahn-Sommer-Fahrkarten. Besuch 1892: 8368 Badegäste ohne die Durchreisenden. Einziger Kurort der Welt, der gleichzeitig See- und natürliche 5% Sool-Bäder bietet. Starker Wellenschlag: stein- und schlammfreier Sand. Warme Seebäder, Moorbäder, Massage, Heilgymnastik. Fünfzehn tüchtige Aerzte. Waldungen und schattige Parkanlagen unmittelbar am Meere. Grosser Concertplatz mit geräumigen Strandhallen und einem geschmackvoll angelegten Kurgarten neben dem Strandschlosse. Hochgelegene Dünengänge, 2 km. lang, vom Hafen bis zur Waldenfelsschanze. Weit ins Meer hineinführender Seesteg. **Hochdruck-Wasserleitung und Kanalisation.** Vorzügliches Theater und Kapelle. **Directe Fernsprech-Verbindung mit Berlin und Stettin.** Hotels- und Sommer-Wohnungen in grosser Zahl und Auswahl. Miethspreise mässig. Zahlreiche Vergnügungen. Lawn-Tennies-Spielplätze. Lesehalle. Eröffnung der Seebäder 1. Juni, der Soolbäder einige Tage früher. Prospecte und Pläne übersendet bereitwilligst.
(41) 6—2. **Die Städtische Bade-Direction.**

Königl. Nordseebad Norderney

Saison vom 1. Juni bis 10. Oktober.
Frequenz: 1892 ungefähr 19,000 Personen.
Musterhafte hygienische Einrichtungen. Reinstes Leitungswasser aus Tiefbohrungen. Schwemmkanalisation. Krankenhaus. Desinfectionsanstalt. Fachmännische Nahrungsmittelcontrolle u. s. w. Prachtvoller Strand. Vorzügliche Veranstaltungen für kalte und warme Seebäder Elektrische Beleuchtung. Auskunft durch
Badeinspektion und **Gemeindevorstand.** (42) 5—2

Kurort Salzbrunn, Schlesien.

Bahnstation, 407 Mtr. Seehöhe, mildes Gebirgsklima. **Saison** vom **1. Mai** bis Ende **September. Alkalische Quellen ersten Ranges** Berühmte **Molkenanstalt. Rationelle Milchsterilisirungs- und Desinfections-Einrichtungen. Badeanstalten. Massage. Pneumatisches Kabinet. Grossartige Anlagen. Wohnungen** zu allen Preisen. Besonders auch angezeigt für **Blutarme** und **Reconvalescenten. Versendung der seit 1601 medicinisch bekannten Hauptquelle**
(45) 10—1 **Oberbrunnen**
durch die Herren **Furbach & Strieboll.** Alles Nähere, Nachweis von Wohnungen etc. durch die
Fürstlich Plessische Brunnen-Direction.

Siehe Europäische Wanderbilder № 158/9.

Bahnstation Muszyna-Krunica von Krakau 8 Std. » Lembert 12 Std. » Budapest 12 Std.	K. k. Kur-Anstalt **KRYNICA (in Galizien)** reichhaltiger Eisensäuesling.	Post loco drei Mal des Tages Telegraphenstation Apotheke.

in Karpathen 590 mtr. Seehöhe. Von der Bahnstation eine Stunde sehr gut erhaltenen Fahrweges entfernt. — **Cur-Mittel:** Subalpines Klima, eisenhaltige an Kohlensäure sehr reichhaltige nach dem Schwarz'schen System erwärmte Mineralbäder. (Im J. 1892 wurden über 32000 erfolgt). Moorbäder mittelst Dampf erwärmt (im J. 1892 erfolgt 12000) **Gasbäder** aus purer Kohlensäure. **k. k. Hycropatische Anstalt** unter der Leitung des Specialisten Dr. H. Ebers (im J. 1892 wurden über 27000 Proceduren ertheilt). Das Trinken der in- und ausländischen Mineralwässer; Molke, Kefir, Heil-Gymnastik. Brunnenarzt Dr. L. v. Kopf ordinirt bleibend während der ganzen Bade Saison. Ueberdiess ordiniren in Krynica noch 12 frei prakticirende Aerzte. **Anlagen und Spaziergänge** Grosser Nadelholzpark musterhaft erhalten, nähere und weitere Ausflüge in die anmuthigen Karpathen. Wohnungen über 1500 Zimmer comfortabel eingerichtet mit complètten Bettzeug, Bedienung, electrischen Glockenzügen, mit Heizöfen etc. Röm. und gr.-kath. Kirchen. Prachtvolles Curhaus, mehrere Restaurants, mehrere Privatpensionate, Milchnerei, Zuckerbäckereien. Musik-Orchester unter Leitung des A. Wroneki seit 21. Mai Ständiges Theater, Concerte. Frequenz im J. 1892: 4600 Pers. **Die Saison vom 15. Mai bis 30. Sept.** In Mai, Juni u. Sept. die Preise d. Bäder, Wohnungen und der Kost in dem Haupt-Restaurant billiger. Der Mineralwasser-Versandt vom April bis Nov. Depots in grösseren Städten des In- und Auslandes. Ueber Verlangen ertheilt Auskünfte
(54) 6—1 **Die kais. königl. Brunnen-Verwaltung in Krynica (Galicien).**

Verlag v. **AUGUST HIRSCHWALD** i. Berlin.

Soeben erschien: (56) 1—1.

Klinik der Verdauungskrankheiten
von Prof. Dr. **C. A. Ewald.**
II Die Krankheiten des Magens.
Dritte neu bearbeitete Auflage.
1893. gr. 8. Mit 34 Holzschnitten. 14 M.

Bad Homburg

½ Stunde von Frankfurt a. M.

in hoher Lage am Taunusgebirge. Neues Kurhaus, Kochsalz und kohlensaure Mineralwasserbäder, Kiefernadel- und Moorbäder. Kaltwasser-Heilanstalt. Heilgymnastische Institute, Massage, Elektrotherapie. Inhalatorium. Molkenanstalt. **Luftkurort ersten Ranges.** Winterkur. Elegantes Kurhaus mit grossartig. Park, Lawn-Tennis etc. Vorzügliches Orchester, Theater, Réunions, Illuminationen. — Mineralwasser-Versandt in stets frischer Füllung während des ganzen Jahres. (36) 6—2.

Dr. Ebermann's Heilanstalt in Zarskoje Selo.

Saison vom 15. Mai, Behandlung mit Kumys, eisenhaltigem Kumys, Kefir, verschiedenen Mineralwässern (natürlichen und künstlichen); warme Bäder mit Zusatz verschiedener Substanzen; Elektrotherapie. Zimmer für Kranke mit voller Pension à 125 R. pro Monat. Rekommandation von Massagisten und erfahrenen Meistern für Kumysbereitung. Versand von Kumys per Eisenbahn auf eine Distanz von nicht länger als 24 Stunden Dauer. (47) 5—2

OSTSEEBAD WARNEMÜNDE

Ab **Berlin** 4½ Std., 45 tág. **Saisonkarten. Frequenz** 1891—8641, 1892—9385. Prospect d. d. **Badeverwaltung.**

In den letzten Tagen des Monat Mai nehme ich meine Praxis in **Bad Reinerz** wieder auf.
(53) 2-1 San. Rath. Dr. **Secchi.**

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 19 St. Petersburg, 8. (20.). Mai **1893**

Ruptura uteri in partu, placenta in cavo peritonei. Laparotomia, amputatio uteri supravaginalis.

(Aus dem Obuchow-Frauenhospital.)

Von

W. Wasten.

Im verflossenen Jahre hatte ich unter der Zahl von 291 in der unter meiner Leitung stehenden gynaekologischen Abtheilung des städtischen Obuchow-Hospitals ausgeführten Operationen Gelegenheit einmal eine Laparotomie zu machen, deren Indication zu den relativ seltenen gehörte, weshalb ich mir erlaube, über diesen Fall zu berichten und an ihn einige Bemerkungen zu knüpfen.

Am 17. Juli 1892 trat in die gynaekologische Abtheilung des Obuchow-Hospitals die 29-jährige Maria Iwanowa ein mit einer Retentio placentae post. partum. Die Frau war durch eine Hebamme eingebracht worden, welche näher zu befragen der Dejourarzt im Drange der Geschäfte unterlassen hatte und die später wieder aufzufinden nicht mehr gelang. Die Anamnese ist zwar später durch Befragen der Patientin und ihres Mannes um einige Angaben vervollständigt worden, kann aber leider in ihren Einzelheiten keine Ansprüche weder auf Vollständigkeit noch auf Sicherheit machen. Zu eruiren gelang Folgendes: Pat. menstruirt seit ihrem 15 Lebensjahre 4 wöchentlich, 6—7 tägig, ziemlich reichlich und ohne Schmerzen; hat 8 normale Geburten durchgemacht, welche stets glatt verliefen und je c. 5—6 Stunden dauerten. Wochenbett immer normal. Nie abortirt. Während der letzten Zeit der ebenüberstandenen neunten Schwangerschaft litt sie an beständigen Obstructionen.

Die Wehen sollen gegen Mitternacht vom 16. auf den 17. Juli begonnen haben und dieses Mal stärker gewesen sein, als bei früheren Geburten. Die Geburt selbst soll auch länger als bisher angedauert haben. Erst um 9 Uhr Morgens des 17. Juli soll das schmutzig gefärbte Fruchtwasser abgeflossen und 1 Stunde darauf die todte Frucht von einem in die Wohnung der Kreissenden gerufenen Accoucheur mit der Zange extrahirt worden sein. Letzteren über den Fall zu befragen, gelang mir nach einiger Zeit bei einer zufälligen Begegnung. Er wollte bei völlig verstrichenem Muttermunde den Kopf im kleinen Becken gefunden haben, ausserdem eine Ruptur in der Gegend des Fundus uteri. Ein Ausgetretensein irgend eines Theiles der Frucht durch die Wunde in die Bauchhöhle konnte er nicht constatiren.

Die Placenta gelang es trotz aller Versuche nicht zu entfernen.

Auch ein zweiter hinzugerufener Arzt konnte nicht helfen und die Kranke wurde mit der Diagnose Ruptura uteri in das Hospital gebracht. In die Abtheilung trat die Patientin um 2 Uhr Nachmittags desselben Tages ein.

Dr. Worobjoff, I. Assistent der Abtheilung, fand bei der Untersuchung Folgendes: Pat. mittelgross, von mässiger Ernährung und gutem Knochenbau, bisher stets gesund gewesen. Das Becken leicht abgeplattet (Spinae il. 27½ ctm., Cristae ilei 29, Troch. 33, Conj. ext. 18¼.) Puls 130—140 fadenförmig. Allgemeine Schwäche bei erhaltenem Bewusstsein. Der Leib stark aufgetrieben und druckempfindlich. Bei Percussion des Leibes findet sich seitlich beiderseits dumpfer Ton. Die Contouren des Uterus trotz des bestehenden Meteorismus ziemlich deutlich bestimmbar. Fundus 2 Fingerbreit über dem Nabel. Aus den äusseren Geschlechtstheilen hängt der an seinem Ende unterbundene Nabelstrang. Die nach vorgenommener Desinfection der äusseren Geschlechtstheile ausgeführte innere Untersuchung ergiebt, dass das Cavum des ziemlich gut contrahirten Uterus leer ist und dass die Nabelschnur durch eine an der Vorderfläche des Fundus befindliche rupturirte Stelle bis in die Bauchhöhle hinein zu verfolgen ist, wo sich die Placenta befindet.

Die Körperwärme trotz des bestehenden Collapses 37,6. In Anbetracht des aussergewöhnlichen Krankheitsfalles sandte der College Worobjoff nach mir. Ich traf gegen halb drei Uhr Nachmittags ein und beschloss sofort zur Laparotomie zu schreiten, als zu der einzigen Maassnahme, die der Patientin Rettung bringen konnte.

Die allernothwendigsten, freilich nicht vollständigen Vorbereitungen nahmen etwa eine halbe Stunde Zeit in Anspruch.

So wandten wir aus äusseren Gründen bei der Operation nicht frisch präparirte Seide an, die Compressen waren 2 Tage vor der Operation sterilisirt und bloss vor der Operation in heisses sterilisirtes Wasser gethan worden; das Assistenz- und sonstige bei der Operation anwesende Personal befand sich im Zustande eben beendigter Morgenvisitation; ich selbst war zu der Zeit auf Urlaub, besuchte nicht das Hospital und hatte auch sonst keinerlei Beziehungen zu eiternden oder septischen Kranken.

Der Darm der Pat. war trotz seines reichlichen Inhaltes vor der Operation nicht entleert worden. Es mussten vor der Operation mehrfach subcutane Campherinjectionen applicirt werden. — Es wurde dann noch an mehreren Stellen der beabsichtigten Schnittlinie im Ganzen eine Pravaz'sche Spritze voll einer 5 pCt. Cocain. muriat.-lösung injicirt und unter

einer schwachen Narkose die Operation, 5 Stunden nach Beendigung der Geburt, begonnen. Da das Chloroform gut vertragen wurde, gaben wir dann auch mehr davon.

Der Bauchschnitt wurde behufs besserer Uebersicht 12 Ctm. lang geführt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle floss etwas flüssiges Blut ab und präsentirte sich sofort die von Blutgerinnseln umgebene Placenta, indem sie theilweise der vorderen Wand der Gebärmutter auflag. Um nun das äussere, beschmutzte Ende der Nabelschnur nicht durch die Gebärmutter und die Bauchhöhle durchzuziehen, wurde die Nabelschnur an der Placenta abgeschnitten und von dem Assistenten per vaginam extrahirt, die Placenta dagegen durch die Bauchwunde. Die in der Umgebung der Gebärmutter befindlichen Blutgerinnsel und das flüssige Blut wurden entfernt. Es war weder Meconium noch Vernix caseosa zu sehen. Der Uterus wurde vor die Bauchwunde gezogen. Er erwies sich als ziemlich gut contrahirt und die rupturirte Stelle blutete nicht. Das Zellgewebe des rechten Ligament. latum in der Gegend des Uteruswinkels war oedematös und hatte einen gelblichen Schimmer. — Die Ränder der Rupturstellen waren zerfetzt und stark mit Blut imbibirt. Wir beschlossen die Amputatio uteri supravaginalis auszuführen. — Das eine Ligam. lat. wurde in 3 Bündeln, das andere in 2 Bündeln unterbunden. Das breite, gedehnte Collum uteri wurde in der Gegend des inneren Muttermundes ohne vorherige Application der elastischen Ligatur in 3 Bündeln unterbunden. Rechts und links oberhalb der Ligaturen wurden 2 Richelot'sche Pincetten angelegt und über diesen der Uterus mit dem Messer amputirt. — Die sichtbaren grossen Gefässe erhielten besondere Ligaturen. Die ganze Oberfläche des Stumpfes wurde mit dem Thermokauter leicht angeätzt; nur ein kleiner Theil des Cervicalcanals oberhalb der Ligatur wurde etwas intensiver kauterisirt. Bei Entfernung der Pincetten blutete ein arterielles Aestchen in der Tiefe des Stumpfes und wurde daher umstochen.

Der Stumpf wurde dann in die Bauchhöhle versenkt und die Blutgerinnsel mit der Hand entfernt. Sie fanden sich beiderseits in der Nierengegend und bedeckten als dichte c. $1^1/_2$ Ctm. dicke Schicht die ganze Vorderfläche des grossen Netzes. Ein anderes grosses Blutgerinnsel lag im hinteren Douglas. Reste flüssigen Blutes aus demselben wurden durch Compressen entfernt, dann ein T-förmiges Drain durch das hintere Scheidengewölbe in die Vagina eingelegt und endlich die Bauchwunde vermittelst tiefer und oberflächlicher Knopfnähte geschlossen.

Nach der Operation fühlte sich die Pat. bis gegen 9 Uhr Ab. zwar schwach, hatte aber keine subjectiven Beschwerden. Insbesondere bestand weder Uebelkeit noch Erbrechen. T. 36,8—37,1. P. 132, später 124. Sie hatte in dieser Zeit 2 Campherinjectionen bekommen. Nach 9 Uhr Ab. Uebelkeit ohne Erbrechen und Klagen über starke Schmerzen in der Magengrube bei sichtbar zunehmendem Meteorismus. Gegen 2 Uhr Nachts wurde der Puls voller, 112. Patientin erhielt 5 gtt. Trae. Opii, wurde ruhiger und verbrachte den Rest der Nacht recht gut.

Am 2. Tage (18. Juli) T. Mg. 36,4, Ab. 36,9. P. 108—110. R. 34. Uebelkeit geschwunden. Allgemeinzustand befriedigend. Geniesst Milch, Thee, Cognac. — Urinirt spontan. Tages-Harnmenge 750 Cc. Secretion aus der Vagina reichlich, serös.

Am 3. Tage (19. Juli) T. Mg. 36,9. P. 80, R. 30.

Nacht gut verbracht, Meteorismus stärker. Harn 1950 Cc. spec. Gew. 1015.

Um 4 U. Nchm. T. 37,9. Abends 38,2.

Im Laufe des Tages 2 Mal Erbrechen. Vaginalsecretion geringer. Spät Abends gehen einige Flatus ab. Wegen des starken Meteorismus wird ein Klysma gestellt, wonach etwas Stuhl erfolgt.

Am 4. Tage (20. Juli). T. Mg. 36,7. P. 78. R. 28.

Die Nacht gut geschlafen. Einmal erbrochen. Leichter Icterus sclerae.

Nachher fieberte die Kranke bei ziemlich gutem Wohlbefinden und gutem Allgemeinzustande noch 10 Tage d. h. bis zum 30. Juli. Die Morgentemperaturen waren von 37,6—37,8, die Abendtemperaturen meist von 38,5—38,6. Nur zweimal, am 5. und am 6. Tage nach der Operation erreichte die Temperatur 39,0 resp. 39,1. Die Tage vom 30. Juli bis zum 5. August verliefen subfebril, (Mg. unter 37,0 Abends 37,5 resp. 37,6) später wurde die T. normal.

Vom 6. Tage ab war die Ausscheidung aus der Vagina zwar gering an Quantität, aber von schmutziger Färbung und üblem Geruch.

Am 8. Tage wird bei der Untersuchung per vaginam eine deutlich ausgesprochene Endometritis des noch vorhandenen Theiles des Cervicalkanals festgestellt. Das Drain wird entfernt und der locker gewordene Verband erneuert. Durch die Bauchdecken ist in der rechten fossa iliaca ein pralles Exsudat durchzufühlen, welches unempfindlich ist und der Bauchwand fest anliegt.

Die Nähte werden am 11. Tage entfernt. Der Allgemeinzustand der Kranken besserte sich dann beständig. Ende August war das Exsudat vollständig resorbirt, der Stumpf beweglich, etwas nach rechts verlagert. Dort war auch der etwas gespannte schnurartige Stumpf des Ligam. latum durchzufühlen.

Der exstirpirte Uterus ist 16 Ctm. lang, in der Gegend des Fundus 13,5 Ctm. breit, die hintere Wand am Fundus 3,5 Ctm. dick. Die dickste Stelle der hinteren Wand beträgt 4 Ctm. Die Uteruswand in der Gegend des Risses ist 2,5 Ctm. dick. Die Länge des Risses beträgt 6,5 Ctm. Er betrifft die vordere Wand und verläuft vom Fundus, von der Mitte desselben beginnend schräg nach links und unten. Seine Ränder sind ungleich und von Blut stark durchtränkt.

Nach Anlegung eines Längsschnittes der hinteren Uteruswand entlang erweist sich, dass die rupturirte Stelle genau der Placentarstelle entspricht. Die sofort vorgenommene mikroskopische Untersuchung einiger Stücke der Uteruswand aus der Gegend der Ruptur und aus anderen Stellen ergab beim Vergleich keinerlei Unterschiede in der Structur. Eine weitere, ausführlichere Untersuchung erwies sich leider als unmöglich, da der Conservator aus Fahrlässigkeit die Härtungsflüssigkeit nicht erneuert hatte und das Präparat in Folge dessen für mikroskopische Zwecke unbrauchbar geworden war.

Es ist anzunehmen, dass der Riss spontan entstanden ist, und es wären daher wohl gewisse pathologisch-anatomische Veränderungen zu erwarten gewesen.

Eine anfangs der vierziger Jahre von Jolly und Trask gesammelte umfangreiche Statistik zeigt, dass schon in der vorantiseptischen Zeit die Laparotomie bei Uterusrupturen einen bedeutend besseren Procentsatz der Genesung gab, als die exspectative Behandlung. Genannte Statistik umfasst übrigens ohne Unterschied sowohl complete als incomplete Rupturen. Während meiner 20jährigen praktischen Thätigkeit habe ich Gelegenheit gehabt einige Fälle von incompleten Rupturen zu beobachten, die bei expectativer Behandlungsweise mit Genesung endeten. Den ersten von diesen Fällen behandelte ich in meiner damaligen Eigenschaft als Leiter einer der städtischen Gebärasyle mit Drainage und Ausspülung der Eiterhöhle. Ich habe über den Fall s. Z. in der St. Petersburger medicinischen Gesellschaft Mittheilung gemacht, und er ist in den Sitzungsprotokollen derselben vom Jahre 1876 zu finden.

Alle Fälle aber von completen Uterusrupturen, welche ich während zehnjähriger Thätigkeit in den hiesigen Gebärhäusern beobachtet habe, endigten letal.

Im Laufe der letzten 20 Jahre genas bei einer jährlichen Durchschnittszahl von 2—6 completen Uterusrupturen in der grossen St. Petersburger Gebäranstalt, bei exspectativem Verfahren, nur eine Kranke im Jahre 1888.

Im Jahre 1878 führte Schröder eine Laparotomie aus, um eine grosse Uterusruptur zu vernähen. Der Fall endete letal und die Operation erhielt keine weitere Verbreitung. In den letzten Jahren ist dagegen diese Operation wieder häufiger zur Anwendung gekommen und wir besitzen jetzt schon eine ziemlich umfangreiche litterarische Casuistik. Es ergiebt die Statistik von Schultz aus der Klinik von Prof. Tauffer in Budapest eine zweimal grössere Zahl von Genesung nach der Laparotomie, als bei exspectativem Verfahren. Zu dieser im Centralblatt nach Referaten zusammengestellten Statistik kann man noch einen ebendort im vorigen Jahre von Chroback in Wien und einen anderen von Bidder in St. Petersburg mitgetheilten Fall hinzurechnen. Ersterer endigte tödtlich, letzterer mit Genesung.

Im vorigen Jahre beschrieb H. Fehling (Sammlung klinischer Vorträge N. F. Nr. 54) einen sehr interessanten Fall, wo die Gebärmutter sowohl an ihrer Vorder- als auch an ihrer Hinterfläche rupturirt war. Die Stellen wurden vernäht und die Kranke genas.

In Russland ist die Laparotomie mit supravaginaler Amputation der Gebärmutter und Vernähung des Stumpfes in die Wunde je einmal ausgeführt worden von folgenden Operateuren: Prevost in Moskau (die Kranke starb), Slavjanski in St. Petersburg 1885 (Heilung), Krassovsky in St. Petersburg 1886 (Heilung), Schtschei-

kin in Rjasan (Heilung), Jakowlew in Tambow (Tod), mein Fall im Juli 1892, Bidder in St. Petersburg November 1892 (Heilung). Letzterer Fall ist der obenerwähnte im Centralblatte mitgetheilte.

An der Zweckmässigkeit der bei completer Uterusruptur auszuführenden Laparotomie ist wohl heutzutage kaum mehr zu zweifeln; ich möchte sogar behaupten, man ist verpflichtet sie in jedem Falle zu machen, wenn es nur angeht, einerlei ob ein Theil des Eies in die Bauchhöhle ausgetreten ist oder nicht; gilt es doch in der Chirurgie als feststehende Grundregel, jede von irgendwoher in die Bauchhöhle penetrirende Wunde zu vernähen.

Andererseits hat aber in der Geburtshülfe der conservative Kaiserschnitt erst dann seine Bürgerrechte und seine Verbreitung erhalten und zwar mit schönem Erfolge, seit man die aufgeschnittene Gebärmutter zu nähen begann. Es befindet sich aber der reine lineare Schnitt, zudem doch an der meist aseptischen Kranken, unter viel günstigeren Bedingungen für die Heilung als eine Riss- oder Stosswunde.

Und wenn man es jetzt dem Operateur als Kunstfehler anrechnen muss, wollte er die Gebärmutter nach dem Kaiserschnitt ungenäht wieder in die Bauchhöhle versenken, so bezieht sich dies fast in gleichem Maasse auf die Gebärmutterruptur.

Besteht eine Endometritis oder nur der Zweifel an einem aseptischen Verlauf der Geburt, ist der Riss zu gross oder die Ränder zu gequetscht, so ist die Gebärmutter, als event. Quelle einer puerperalen Erkrankung zu entfernen. Kann doch die unter anderen Bedingungen das Leben nicht gefährdende Erkrankung für eine geschwächte und eben erst nach erlittenem schwerem Trauma in der Reconvalescenz befindliche Kranke verderblich werden.

Aus den in der Literatur beschriebenen Fällen geht hervor, dass mehrere Autoren die rupturirte Gebärmutter nur deshalb nicht entfernten, weil sich der Riss so weit nach unten erstreckte, dass es unmöglich war den Schlauch anzulegen, da ein Theil des Risses unterhalb der elastischen Ligatur zu liegen gekommen wäre. In solchen Fällen muss man den unteren Theil des Risses sorgfältig vernähen bis zur Höhe der beabsichtigten Amputationsstelle.

Was die Behandlung des Stumpfes anlangt, so kann man ihn, nachdem seine Schnittflächen und der Cervicalcanal desinficirt worden sind, in die Bauchhöhle versenken. Dies kürzt den Heilungsvorgang bedeutend ab im Vergleich zur extraperitonealen Behandlung des Stumpfes. Die Chancen für eine Infection der Kranken auf dem Wege der Lymphgefässe der restirenden Cervix oder der breiten Mutterbänder sind bei intra- oder bei extraperitonealer Behandlung ziemlich dieselben.

Wenn man aber bei deutlich ausgesprochener septischer Endometritis operiren muss, so ist es wohl sicherer den ganzen Uterus mit seiner Cervix zu entfernen. Freilich ist es nicht immer möglich die Operation sehr lange auszudehnen, da man häufig gezwungen ist in extremis zu operiren; jedenfalls muss man dann den Stumpf in die Bauchwunde einnähen oder auf jegliche Weise suchen, den inficirten Cervicalkanal sorgfältig gegen die Peritonealhöhle abzuschliessen, ohne sich mit der Ligirung der Cervix allein zufrieden zu geben. Beim Einnähen des Stumpfes kann man den Cervicalkanal offen lassen, da man dann die Möglichkeit hat später nöthigenfalls denselben in seiner ganzen Ausdehnung zu desinficiren.

Zum Schluss erlaube ich mir noch hinzuzufügen, dass ich in dem obenmitgetheilten Falle in genau derselben Weise operirt habe, wie ich es bei den supravaginalen Amputationen der Gebärmutter bei Myomen zu thun pflege. Seit Januar 1892 benutzte ich in gewöhnlichen Fällen nicht mehr die elastische Ligatur. Der Schlauch ist nur dann von Nutzen, wenn man den Tumor amputirt, bevor man die Ligaturen an der Cervix angelegt hat und wenn behufs Stillung einer Blutung aus demselben Schröder'sche Etagennähte angebracht werden sollen.

Nach Unterbindung der Ligam. lata unterbinde ich das collum uteri in 2—3 Bündeln in derselben Weise, wie dies bei dem Stiele einer Cyste geschieht; dann lege ich rechts und links dicht über den Ligaturen 2 Pincetten an und schneide über ihnen den Tumor mit dem Messer ab. Diese Pincetten fixiren den Stumpf und verhindern ihn am Entweichen in das kleine Becken. Gleichzeitig aber fassen sie die grossen Gefässe und verhindern dadurch eine eventuelle mögliche kleine Blutung, falls irgend eine der Ligaturen nachgegeben haben sollte. Die Pincetten werden nachher eine nach der anderen nur allmählich geöffnet, was dann die Möglichkeit giebt, beim ersten Anzeichen einer Blutung sie sofort wieder zu schliessen und eine neue Ligatur anzulegen. Der Stumpf wird nicht mit Peritoneum umnäht. Die Schnittfläche wird mit dem Thermokauter leicht angeätzt, um eine Verminderung der Transsudation auf ihrer Oberfläche zu bewirken; in etwas energischerer Weise geschieht dies mit dem oberhalb der Ligaturen befindlichen Cervicalkanal.

Der Stumpf wird immer in die Bauchhöhle versenkt. In den Fällen, wo nicht rein operirt werden konnte und wo eine grössere Transsudation zu erwarten ist, wird durch das hintere Scheidengewölbe in die Vagina drainirt, indem ein dickes T-förmiges Drain in die Oeffnung eingeführt wird.

Alle nach diesen Regeln operirten Frauen konnten genesen entlassen werden.

Oben beschriebenen Fall von Uterusruptur habe ich am 28. October 1892 in der Geburtshülflich-gynaekologischen Gesellschaft in St. Petersburg mitgetheilt, gleichzeitig habe ich die Patientin wie auch die exstirpirte Gebärmutter demonstrirt.

Ueber ein accidentelles Herzgeräusch.

Vortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte am 16. März 1893.

Von

Dr. E. Moritz.

St. Petersburg.

Wiederholt habe ich in kleinerem Kreise ein Auscultationsphänomen demonstriren können, das nicht unbekannt ist, aber wie mir scheint, nicht genügend präcise gedeutet wird. Es ist das ein systolisches lautes Geräusch an der Auscultationsstelle d. Art. pulmonalis, — am 2. und 3. linken Rippenknorpel und besonders im 2. Intercostalraum.

Dass dieses Geräusch fast immer ein accidentelles durch Compressionsstenose erzeugtes — nicht ein organisches, etwa von Stenose oder Rauhigkeiten der Semilunarklappen des Pulmonalis abhängiges ist, — das wird in den Handbüchern (Eichhorst, Gerhard, Niemeyer) ausgesprochen, Niemeyer erwähnt auch, dass es oft beim Exspirium lauter als beim Inspirium ist.

Die Deutung desselben aber ist sehr unbestimmt. Es wird gesagt, es käme zu Stande durch Druck peribronchialer oder mediastinaler Drüsen, es fände sich bei Pneumonien und Tuberculösen mit mächtigen Infiltraten.

Bei der verschwindenden Seltenheit von Fehlern am Pulmonalis-Ostium, — ich selbst errinnere mich keines einzigen sicheren Falles, und bei der oft sehr lauten Hörbarkeit dieses Geräusches auf dem Manubrium Sterni,

ist es gut über dessen Natur klar zu sein um sich vor diagnostischen Irrthümern zu hüten.

Es waren mir schon einige Mal Kinder mit solchem Geräusch aufgefallen (Grimm, Müller) an welchen sonst nichts Krankes aufzufinden war, — aber besonders deutlich wurde mir die Erscheinung erst an einem jungen Manne, der seit 1885 gelegentlich von mir behandelt wird.

Herr J. M. war ein gracil gebauter, magerer aber relativ sehr muskulöser junger Mann von damals 23 Jahren, Commis in einer Buchhandlung, später in andern Geschäften, — leidenschaftlicher Turner, Vorturner in einem Verein. Er kam zuerst wegen leichter Heiserkeit und etwas chron. Rachenkatarrh zu mir. Ich constatirte damals ein beiderseitig grosses, leicht erregbares Herz, sehr starker hebender breiter Stoss im 4. und 5. J. C. R. und lautes systolisches, schabendes Geräusch auf dem Manubrium und am linken Sternalrand. An der Spitze reine Töne, das Geräusch wie aus weiter Ferne leise herüber schallend. An der Aorta waren neben dem Geräusch 2 klare Töne, an der Pulmonalis wird der eine Ton durch's Geräusch ersetzt, daselbst deutliches Schwirren. Dass Patient nicht einen Klappenfehler hatte, war von vornherein klar, denn dabei kann Niemand Vorturner sein und all die extremen Anstrengungen leisten beim Springen, Schwingen, Stemmen — wie er sie vorzüglich ausführte. Es musste also ein accidentelles Geräusch, Compressions-Geräusch bei hypertrophischem Herzen sein. Im folgenden Jahre bekam Patient eine fieberhafte Spitzenaffection der rechten Lunge; die Sache spielte einige Monate. Das Jahr darauf eine leichte trockne Pleuritis derselben rechten Seite. Es wurde einige Winter hindurch gar nicht geturnt. Nach dieser Zeit hatten sich die Verhältnisse am Herzen vollkommen geklärt, die Hypertrophie schwand beinahe ganz, das Geräusch aber blieb, obzwar etwas weniger ausgebreitet hörbar — am linken Sternalrand. Auf der Höhe der Inspiration schwand es für einen Moment ganz, trat mit beginnendem Exspirium wieder auf, nahm zu bis zum extremstem Exspirium. Wenn die Athmung auf diesem forcirten Minimal-Volum der Lunge gestoppt wurde, gab es ein sehr lautes schabendes, schwirrendes Stenosengeräusch bei fehlendem systol. Ton. — Diese Erscheinung hält sich ohne wesentliche Aenderung bis jetzt, — ist vielleicht etwas weniger intensiv. Neuerdings ist seine Lungencapacität 3300—3500 CC.

Den betreffenden Herrn, der jetzt sonst gesund ist und wieder (aber mässig) turnt, habe ich mehreren Collegen demonstriren können.

Was mich veranlasst grade jetzt wieder auf die erwähnte Frage zu kommen, ist der Umstand, dass ich neuerdings wieder auf einen analogen Fall gestossen bin.

H. S. 19-jähriger gracil gebauter Jüngling, Abiturient einer Kirchenschule, — besuchte mich wegen chron. Colitis und mässigem Rachenkatarrh. Er befürchtete schwindsüchtig zu sein, weil sein Vater an Phthisis gestorben; diese Befürchtungen steigerten sich, als er im Januar einen frischen Respirationskatarrh mit Schnupfen, Husten und geringem Fieber acquirirte. Auf der Lunge waren indessen keine Zeichen von Gewebserkrankung zu constatiren und der fieberhafte Katarrh schwand auch bald. Dabei hörte ich gelegentlich ein systol. Geräusch im zweiten linken Intercostalraum und bei genauerer Untersuchung erwies sich dieses Geräusch von demselben Verhalten wie das im ersten Fall beschriebene. Es war laut bei extremem Exspirium, d. h. wenn die Lunge auf ihr Minimal-Volum comprimirt war, schwand aber bald bei inspiratorischer Ausdehnung derselben, fehlte auf der Höhe des Inspiriums und trat erst in der zweiten Hälfte des Exspiriums wieder auf. Es ist nur bei forcirten Respirationen deutlich, bei ruhiger Athmung kaum wahrnehmbar. Die Lungencapacität beträgt 3800 CC.

Der junge Mann ist gerade so wie Herr J. M., von gracilem Knochenbau, hat dünne, sehr elastische Rippen, aber verhältnissmässig starke Muskeln, die er durch tägliche Haus-Gymnastik methodisch entwickelt hat und dabei ein ziemlich grosses, leicht zu stürmischer Action erregbares Herz.

Diese beiden Fälle, in welchen durchaus keine die Arteria pulm. comprimirende Geschwulst, keine Drüsenpakete, kein Lungeninfiltrat an dieser Stelle angenommen werden kann, stimmen so vollkommen in Allem Wesentlichen überein, dass sie die Erklärung der betr. Geräusche geradezu aufdrängen.

Die Sache wäre folgendermaassen zu formuliren: Ziemlich flach gebauter, sehr elastischer Thorax, dünne federnde Rippen; sehr expansible Lungen, die beim Exspirium sich vom Herzen zurückziehen, wodurch letzteres linkerseits in grosser Ausdehnung dem Thorax anliegt; grosses, erregbares Herz; starke Thorax-Musculatur. Wenn diese Bedingungen gegeben sind, wird beim Exspirium resp. beim forcirten Exspirium die Arteria pulm. durch die Brustwand comprimirt und dadurch entsteht das erwähnte Geräusch — ohne dass irgend etwas Krankhaftes an dieser Stelle zu liegen braucht.

Das ist es, was ich durch diese Mittheilung constatirt haben wollte, — dass das systolische Pulmonalis-Geräusch nicht nothwendig Symptom eines krankhaften Processes zu sein braucht, sondern unter gewissen Bedingungen bei ganz gesunden jugendlichen Individuen vorkommt.

Selbstverständlich sind Compressionsgeräusche an dieser Stelle auch aus pathologischen Gründen vorhanden. Ich behandle eben jetzt einen jungen Mann, auch flachbrüstig, dessen ganze linke Lunge gelatinös (tuberculös) infiltrirt ist und ausgedehnte Cavernensymptome zeigt. Derselbe hat auch das systol. Geräusch im 2. Intercostalraum l. beim Exspirium. Hier aber dürfte die infiltrirte Lunge, vielleicht Bronchial-Drüsen mitspielen; desgleichen dürfte häufiger vorkommen.

Referate.

Matlakowski-Warschau: Resection des Blinddarmes bei carcinomatöser und narbiger Stenose. (Deut. Zeitschrift für Chirurg. Bd. XXXIII. p. 321).

Verf. zählt aus der Litteratur im Anschluss an 2 selbst operirte Coecumcarcinome 75 Fälle von Resectio coeci zusammen und bespricht dann kurz die Schwierigkeit der Diagnose der Carcinome (oft lange Dauer stets tympanitischer Schall über dem Tumor). Eingehender wird an der Hand der Litteratur die Technik und Wahl der Operationsmethoden besprochen. Verf. kommt schliesslich zu einer Reihe von Schlusssätzen, aus denen hervorzuheben wäre, dass Verfasser die Resection und Enterorrhaphie als Normalverfahren bei Neubildungen und entzündlichen Geschwülsten ansieht. Bei Ileuserscheinungen ist die Enterostomie vorauszuschicken. Bei inoperablen Tumoren ist die Enteroanastomose am Platze. Bei vielfachen Verwachsungen schlägt Verf. vor den Tumor dadurch aus der Bauchhöhle aus zuschliessen, dass man nach erfolgter Enteroanastomose oder Enterorrhaphie die mediale Wundlippe an der Basis des Tumors mit dem Peritoneum der Fossa iliaca vernäht. Nach Verwachsung könne man die Geschwulst extraperitoneal exstirpiren. — (Letzterer Vorschlag ist übrigens schon von amerikanischer Seite gemacht und auch schon ausgeführt worden (cf. Centralblatt von 1892). Z.

König: Die stricturirende Tuberculose des Darmes und ihre Behandlung. Deutsche Zeitschrift für Chir. Bd. 34. Festschrift, Thiersch gewidmet.

In gewohnter Meisterschaft entwickelt der Verf. an der Hand von 5 einschlägigen Fällen das Bild der stricturirenden Darmtuberculose. Der oberhalb der vernarbenden Strictur liegende Darm hypertrophirt, bei peristaltischem Impulse sind seine Bewegungen durch die Bauchdecken zu sehen. Bei heftigem Kolikanfall hört man ein eigenthümliches, fast musikalisches, klimperndes Geräusch und darauf einen Ton wie wir ihn hören, wenn Flüssigkeit aus einer Spritze ausgetrieben wird, wonach der Anfall vorüber ist. Kommt der Symptomencomplex einer solchen sehr engen Stenose bei einem Individuum zwischen 20 und 30 Jahren oder etwas darüber hinaus vor, zeigt der Kranke neben alledem erhebliche Ernährungsstörung so sei die Diagnose auf Darmtuberculose zu stellen, namentlich wenn der Ernährungszustand progredient schlechter wird oder an anderen Orten Zeichen von Tuberculose zu finden sind.

Die Indication zur Operation leitet König nicht blos von der oft bis zum Erbrechen ja Kothbrechen führenden Stenose des Darmes ab, sondern auch von der hier gerade relativ häufig noch localisirten Tuberculose.

Dem entsprechend empfiehlt er die Resection des Erkrankten auch wenn es das Coecum etc. ist. Gerade im ober der Strictur gelegenen Theil findet sonst die Tuberculose in der durch stagnirenden Koth alterirten Darmwand Gelegenheit zur Ausbreitung, während der Vernarbungsprocess die Strictur immer enger werden lasse. Nach der Operation erholen sich die Kranken bei vorsichtiger Diät relativ rasch.

Aus der Schilderung der Technik ist hervorzuheben, dass K. nach Eventration der zu resecirenden Partie und nach provisorischem Schluss des Leibes zuerst den Darm vom Mesenterium trennt (Exstirpation etwaiger erkrankter Lymph-

drüsen). Dann erst wird durch untergeschobene und herumgelegte Gazecompressen die Bauchhöhle gegen event. Kotheinfliessen geschützt und alles, die Compressen und die Umgebung mit fetter Borsalbe bestrichen um auch die Capillardrainage zu vermeiden. Circuläre doppelreihige Naht der Stümpfe, nach Entleerung des Centralen. Naht der Bauchwunde.

Fünf lesenswerthe ausführliche Krankengeschichten.

Z.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

H. Schmaus: Grundriss der pathologischen Anatomie. Wiesbaden. 1893. Verlag von J. F. Bergmann. Allgemeiner Theil — 246 pag. Specieller Theil 307 pag. Mit 191 Abbildungen.

Obgleich wir bereits über eine Reihe ausgezeichneter Handbücher der pathologischen Anatomie verfügen, wie z. B. Birch-Hirschfeldt, Ziegler etc., so haben sie doch den einen Fehler, dass sie mit jeder Auflage an Umfang (und also auch Kostenpunkt) wachsen und ihre Handlichkeit verlieren.

Daher können wir nicht anders als den vorliegenden, durchaus selbstständig durchgearbeiteten und mit zahlreichen, zum Theil ganz neuen Abbildungen versehenen «Grundriss» mit Freuden begrüssen. Das Material ist gut verarbeitet, namentlich mit Berücksichtigung des Praktikers und unnöthige Polemik und Subjectivität sorgfältig vermieden, desgleichen weitläufige Litteratur-Angaben. Der Zweck, ein klares Bild des gegenwärtigen Standes der pathologischen Anatomie zu geben, ist vollkommen erreicht und wir wünschen dem Werke recht bald eine 2. (aber nicht an Umfang vermehrte) Auflage.

Die Ausstattung und die Zeichnungen sind, entsprechend dem rühmlichst bekannten Verlage Bergmanns tadellos.

O. Petersen.

A. Goldscheider: Diagnostik der Nervenkrankheiten. Berlin N. W. Verlag von Fischer's medic. Buchhandlung. (H. Kornfeld). 1893. 286 pag.

Bei den Fortschritten, die gerade auf dem Gebiete des Central-Nervensystems in den letzten Decennien gemacht und bei der Schwierigkeit für den Praktiker allen den betreffenden Special-Arbeiten zu folgen, macht es durchaus wünschenswerth in einem kurzen Compendium die Symptomatologie beisammen zu haben und sich mit den üblichen Untersuchungsmethoden in Kürze bekannt zu machen. Diesen Zwecken entspricht das vorliegende Büchlein vollkommen, das durch zahlreiche Zeichnungen das Studium erleichtert. An einzelnen Stellen hätten wir allerdings eine noch genauere Präcisirung der Differentialdiagnose nicht ungern gesehen.

Im allgemeinen genommen ist es jedoch als Nachschlage- und Aushülfe-Buch recht empfehlenswerth.

O. Petersen.

Auszug aus den Protokollen

der Medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 16. December 1892.

Herr Gerlach hält seinen angekündigten Vortrag: «Casuistischer Beitrag zur Reflex-Hysterie». Es handelt sich um einen in der med. Klinik beobachteten 14-jährigen Kranken jüdischer Herkunft, dessen Klagen darin bestanden, dass seit zwei Monaten im Anschluss an eine überstandene Malaria-Infection sich bei ihm eigenartige Anfälle von Athemnoth eingestellt hatten, und dass er sehr häufig an Schmerzen im linken Hoden leide, der sich zudem nicht im Scrotum, sondern im Leistencanale befände. Fernere Klagen waren häufiges mit Schmerzen verbundenes Herzklopfen, grosse Nervosität, Kurzathmigkeit und endlich, dass der eine Nasengang verlegt sei. Die klinische Beobachtung stellte nun fest, dass man es im gegebenen Fall mit einem neurasthenischen, durch Schularbeit ungemein überbürdeten, in der Entwicklung etwas zurückgebliebenen Individuum zu thun habe, welches neben Anaemie und Kryptorchismus auch noch an Bronchitis, Conjunctivitis und einer leichten Herzdilatation mit anämischen Geräuschen litt. — Die Anfälle, welche das ganze Krankheitsbild beherrschten, bestanden darin, dass der Patient, sobald er etwas Lufthunger verspürte, anfing, tief und krampfhaft zu inspiriren, andrerseits aber auf jede Inspiration nur eine ganz wenig ausgiebige Exspiration folgen liess, so dass in ganz kurzer Zeit der Thorax ad maximum erweitert wurde, und zwar im Hauptsächlichen tonisch, so dass Patient nur durch ganz kurze schnappende Exspirationsbewegungen sich die nöthige Luft verschaffen konnte. Zugleich mit diesen traten eigenartige Mitbewegungen auf und zwar derart, dass jedes Mal ein Ton ausgestossen wurde, der anfangs durch den Mund ging, dann aber bereits in seinem Beginn durch Anlegen der Zunge an den Gaumen gezwungen wurde, seinen Weg durch die Nase zu nehmen. Jede solche Exspiration wurde zudem noch von einem Kopfnicken begleitet. In Anbetracht dessen, dass diese Reflexe ganz abnormer Natur waren und von einer grossen Reizbarkeit des Nervensystems zeugten, dass ferner sie vom Patienten jedes Mal unterdrückt werden konnten, sobald es ihm wichtig erschien, irgend eine Antwort zu geben, sie also durch mangelhafte Willensimpulse bedingt waren, in Anbetracht endlich dessen, dass der Kranke sowohl durch seine körperliche Entwicklung, als auch durch seine Erziehung zur Hysterie prädestinirt war, müssen diese Anfälle als hysterische bezeichnet werden, umsomehr, als sie auch der Suggestion nicht ganz unzugänglich waren. Die gegen die Hysterie eingeleitete Behandlung hatte jedoch keinen einigermassen stetigen Erfolg aufzuweisen und erst als durch die Behandlung der Nase die Schleimhäute des linken Nasenganges soweit abgeschwollen waren, dass sie sich nicht mehr berührten, hörten die Anfälle wie mit der Hand weggenommen auf, nachdem sie noch Tags vorher 157 Mal aufgetreten waren. Gerlach stellt nun die Nasenerkrankung und die Anfälle in causale Beziehung, was für die Therapie solcher hysterischer Anfälle von grosser Bedeutung ist. Der Fall sei auch insofern von Interesse, weil er seines Wissens der erste sei, welcher zeigt, dass Erkrankung der Nasenschleimhaut Zustände erzeugt, welche voll in den Rahmen der Hysterie passen.

Herr Dehio führt einige Fälle aus seiner Praxis an, wo sich, meist bei nervös oder hysterisch beanlagten Kranken, an Affectionen des Respirationstractus (Pleuritis, Laryngitis) eigenthümliche motorische Neurosen im Gebiet der Athmungsnerven, und an Affectionen des Verdauungstractus (Magencatarrh und chron. Dickdarmcatarrh) Singultus, der durch die verschiedensten Hautreize reflectorisch hervorgerufen werden konnte, oder Würgen und Erbrechen, das durch Klystiere sowie durch Digitaluntersuchung des Rectums prompt erzeugt werden konnte, als eigenthümliche Reflex-Neurosen angeschlossen hatten. Entsprechend ihrer Pathogenese konnten diese Erscheinungen theils durch die locale Behandlung des die Gelegenheitsursache bildenden localen Leidens, theils durch Suggestionsbehandlung, die die centralen Reflexbahnen und Reflexcentren beeinflusste, zur Heilung gebracht werden.

Herr Otto führt, anknüpfend an eine weitere Reihe casuitischer Beiträge über Reflex-Hysterie von Seiten Herrn Dehio's, aus, dass es sich seiner Meinung nach bei den Reflex-Neurosen nasalen Ursprungs oft erst post sanationem um eine einigermassen gegründete Diagnose hinsichtlich neurasthenischer oder hysterischer Grundlage handle. Dass man es aber nicht bedingungslos immer mit einer neuropathischen Disposition zu thun haben müsse, wie Rosbach, Heymann und viele andere Autoren übereinstimmend annehmen, beweise ihm ein noch kürzlich beobachteter Fall, bei welchem ausser Zeitlebens bestehender Blasenschwäche, weder hysterische noch neurasthenische Symptome zu constatiren waren. Das 18-jährige Mädchen hat, so lange sie denken kann, an Enuresis nocturna gelitten und vermochte Tags über nicht länger als 1½ Stunden den Harn zu halten. Der nasale Befund bestand in rechtsseitigem festem Contact des untern Muschelendes mit der scoliotischen Nasenscheidewand und temporär completer Verlegung der andern Seite durch hochgradige Hypertrophie des untern Schwellkörpers. Herr Otto sieht in Rücksicht auf eine spätere Veröffentlichung dieses Falles, von einer weitern Detailschilderung ab; nur so viel wolle er schon jetzt mittheilen, dass bei nunmehr freier Athmung durch die Nase die Patientin von ihrem etwa 16-jährigen Leiden geheilt zu sein scheint, wenigstens wäre es während der letzten 3 Wochen zu keinem Recidiv gekommen.

Vor einer zu frühen Veröffentlichung solcher anscheinend glänzender Fälle wolle Herr Otto warnen, ebenso vor einer zu wenig energischen Galvanocauterisation, die ihrerseits zu directer Veranlassung des Recidivs werden könne. Hinsichtlich der Angabe des Herrn Gerlach, dass täglich ausgeführte Cocainisirungen die Schleimhaut soweit zur Abschwellung gebracht hätten, dass es endlich gelang, mit dem Pinsel die Stenose zu überwinden, kann Otto nicht umhin, an die nur vorübergehende Anaemisirung des Mittels zu erinnern, ebenso wie es undenkbar wäre, eine rothe Nase durch wiederholten Einfluss scharfer Winterkälte endlich wieder weiss machen zu wollen.

z. Z. Secretair: Robert Koch.

Vermischtes.

— Am 30. April vollendeten sich 25 Jahre der ärztlichen Thätigkeit des älteren Arztes der chirurgischen Abtheilung am hiesigen Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg, wirkl. Staatsraths Dr. Arnold Schmitz. Der Jubilar ist nach Erlangung der Doctorwürde in Dorpat anfangs ein Jahr am früheren ausserstädtischen Hospital bei St. Petersburg, vom Jahre 1869 an aber ununterbrochen am Oldenburger Kinderhospital thätig gewesen.

— Am 25. April beging der Professor der therapeutischen Facultätsklinik der Charkower Universität, wirkl. Staatsrath Dr. J. Obolenski, sein 25jähriges Docenten-Jubiläum.

— Zum Director der hiesigen Maximilian-Heilanstalt ist an Stelle des verstorbenen Dr. Arnheim, der Oberarzt am Krankenhause der Gemeinschaft barmherziger Schwestern zur Kreuzeserhöhung, Hofrath Dr. Weljaminow, ernannt worden.

— Wie der «Wratsch» erfährt, ist der Professor der Augenheilkunde an der militär-medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Dr. W. J. Dobrowolski, in Folge eines Conflictes mit dem Chef der Academie, Dr. Paschutin genöthigt, seine Lehrthätigkeit an der Academie aufzugeben.

— Dr. Spiridon Afanassjew hat sich mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie als Privatdocent für innere Krankheiten an der genannten Academie habilitirt.

— Verstorben: 1) Am 17. April in St. Petersburg der jüngere Arzt des Finnländischen Leib-Garderegiments, Michael Schafranow, im 45. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war in Tomsk geboren und hatte seine medicinische Ausbildung an der medico-chirurgischen Academie erhalten. Nach Erlangung des Arztgrades i. J. 1875 war Sch. Landschaftsarzt und stellv. Director des Greisen- und Siechenhauses in Peterhof, bis er i. J. 1879 in den Militärdienst trat, und auf Wunsch der Grossfürstin Alexandra Petrowna dem Finnländischen Regiment zucommandirt wurde. Neben seiner dienstlichen Stellung fungirte der Verstorbene auch als Arzt bei der Gemeinschaft barmherziger Schwestern «Maria Schutz» und dem medico-philanthropischen Comité und behandelte als solcher unentgeltlich die armen Bewohner des Hafens, bei welchen er wegen seiner Güte und Leutseligkeit sehr beliebt war. Er erlag den Folgen eines organischen Herzfehlers. 2) Am 18. April hierselbst im Krankenhause «Alle Leidtragenden» der frühere Oberarzt des Militär-Lazareths in Kuldsha, Dr. Nikolai Tuberowski, im 43. Lebensjahre. Der Heimgegangene stammte aus Sibirien und hat auch seine ganze Dienstzeit dort verbracht, bis i. J. 1889 die ersten Anzeichen von geistiger Zerrüttung auftraten, die ihn dienstunfähig machte. 3) Auf den Kyschtyn'schen Fabriken (Gouv. Perm) der junge Landschaftsarzt A. A. Woljanski am Flecktyphus. 4) Am 14. April der Landschaftsarzt im Gouv. Kursk, Lucas Pospolitaki, im 39. Lebensjahre am Flecktyphus. 5) Im Sengileischen Kreise der junge Arzt Nikolai Chrjenow, welcher erst vor einem Jahre den Cursus in Kasan absolvirt hat, an Diphtherie. 6) In Litin der frühere Stadtarzt Joh. Ssawitzky im 66. Lebensjahre. 7) Der freipracticirende Arzt in Gluchow, Wlad. Bjelowsky, 31 J. alt, welcher aus Verzweiflung über die unheilbare Krankheit, an der er litt, sich unter einen Eisenbahnzug stürzte. 8) Am 12. April in Dublin der Professor der Materia medica an der dortigen Universität, Dr. Rawdon Macnamara, im 71. Lebensjahre. Der Verstorbene genoss grosses Ansehen unter den Aerzten Irlands und wurde daher i. J. 1869 einstimmig zum Präsidenten des Royal College of Surgeons of Ireland gewählt. Daneben übte er stets die ärztliche Praxis aus und war auch chirurgischer Leiter des Meath Hospital.

— Das unter dem Protectorat I. M. der Kaiserin stehende Comité zur Fürsorge für die Blinden in Russland beabsichtigt in diesem Sommer an einige Orte im Innern des Reiches, wo in weitem Umkreise keine augenärztliche Hülfe zu finden ist, fliegende Colonnen, bestehend aus jungen Augenärzten, zu senden, die sowohl Augenkranke behandeln und damit Blindheit verhüten, sowie an heilbaren Augenleiden Erblindete (Staar) operiren sollen. Da die Mittel des Comités dazu nicht ausreichen, so wenden sie sich an die Privathülfe mit der Bitte um Geldbeiträge, die beim Präsidenten des Comités Staatssecretär Grot (Большая Конюшенная № 11, кв. 24) und beim Comitégliede Nicolai Pawlowitsch Sabugin (Zolldepartement) eingezahlt werden können.

— Wie die «Bolnitschnaja Gaseta Botkina» berichtet, ist für den erledigten Posten des Oberarztes des städtischen Alexander-Barackenhospitals der gegenwärtige Oberarzt des hiesigen Marien-Magdalenenhospitals, Dr. Stepan Possadski, in Aussicht genommen.

— Am 5. Mai n. St. beging der bekannte Kliniker Prof. Dr. Carl Gerhardt in Berlin seinen 60. Geburtstag.

— Wie aus Paris gemeldet wird, hat sich der Zustand Pasteur's, der seit längerer Zeit an organischer Herzschwäche leidet, verschlimmert. Man hegt dort ernste Befürchtungen für das Leben des greisen Gelehrten.

— Nachdem Prof. Dr. Erb (Heidelberg) die Berufung nach Wien wegen Schwierigkeiten in Betreff eines Umbaues der dortigen II. medicinischen Klinik abgelehnt, soll der Leipziger Kliniker Prof. Dr. Curschmann als Nachfolger Prof. Kahler's in Aussicht genommen worden sein.

— Der bisherige Redacteur und Herausgeber der «Russkaja Medizina», wirkl. Staatsrath Dr. Peter Ilinski, welcher dieses Blatt im Jahre 1876 unter dem Titel «Wratschebnija Wedomosti» begründet hat, ist von der Redaction des genannten Journals zurückgetreten, das von nun an von dem bisherigen Mitredacteur, dem Professor der militär-medicinischen Academie, N. P. Iwanowski allein redigirt werden wird. Das Recht der Herausgabe hat Dr. Ilinski dem Buchdruckereibesitzer P. J. Schmidt abgetreten.

— In der Redaction der in Warschau in polnischer Sprache erscheinenden medicinischen Wochenschrift «Medycyna» ist ebenfalls ein Wechsel eingetreten, indem an Stelle des bisherigen Redacteurs Dr. Dobrzicki's der Warschauer praktische Arzt Dr. Ludwig Guranowski die Redaction des Blattes übernommen hat. (Dr. Guranowski hat seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1872—76 studirte).

— Im Jahre 1893 begehen zwei Professoren der militär-medicinischen Academie, der Psychiater Dr. J. P. Mierzejewski (am 24. Sept.) und der Otologe A. Prussak (am 13. November), ihr 30jähriges Dienstjubiläum. Ausserdem feiert Prof. Slawjanski (Gynäkolog) am 9. December d. J. sein 25jähriges Dienstjubiläum.

— Der bekannte Physiologe Prof. Dr. E. Pflüger in Bonn ist von der Academie Royale de Médecine de Belgique zum correspondirenden Mitglied ernannt worden.

— Wie die «Russkaja Shisn» erfährt, hat der Minister des Innern verfügt, dass angesichts des steigenden Zudrangs von jüdischen Zöglingen beiderlei Geschlechts in die Feldscher-, Hebammen- und Zahnarzt-Schulen für die Aufnahme von Personen jüdischer Nationalität in die genannten Schulen dieselbe procentuale Norm, wie für die Schulen des Ministeriums der Volksaufklärung, gelten soll, d. h. in den Residenzen dürfen nur 3 pCt. und in den Gouvernements ausserhalb des jüdischen Ansässigkeits-Rayons nur 5 pCt. der Neuaufzunehmenden Ebräer sein.

Die Zahl der in der militär-medicinischen Academie zur Vertheidigung vorgestellten Doctordissertationen ist in diesem Jahre sehr gering im Verhältniss zu den früheren Jahren. Während im vorigen academischen Jahre die Gesammtzahl der vorgestellten Dissertationen mehr als 110 betrug, beläuft sich dieselbe im laufenden Jahre auf ca. 70. Die Ursache davon ist in dem Umstande zu suchen, dass die der Academie behufs Vervollkommnung zucommandirten Aerzte, welche das Hauptcontingent der Doctoranden abgeben, im vorigen Sommer meistentheils zur Bekämpfung der Cholera abdelegirt waren und in Folge dessen keine Zeit zum Absolviren des Doctorexamens hatten; oder, falls sie dieses bereits absolvirt hatten, an der Abfassung der Dissertation verhindert wurden.

(Russkaja Med.)

— Wie verlautet, hat der Minister der Volksaufklärung angeordnet, dass die auf den September festgesetzten Prüfungen in den medicinischen Regierungs-Commissionen in diesem Jahre bis zum November aufgeschoben werden, da die meisten Medicinstudirenden im Sommer wahrscheinlich an der Bekämpfung der zu erwartenden Cholera theilnehmen werden.

— Das neueste im «Regierungsanzeiger» über die Cholera in Russland veröffentlichte Bulletin registrirt die vom 24—30. April aus 7 Gouvernements eingelaufenen Nachrichten. Die grösste Zahl von Cholerafällen weist nach wie vor Podolien auf (v. 1—15. April 241 Erkr. und 68 Todesf.). Vereinzelte Fälle werden aus den Gouvernements Jelisawetpol, Simbirsk, Nishni-Nowgorod (1 verdächtiger) und dem Kubangebiet gemeldet. Im Gouv. Ufa sind vom 7-29. April und im Gouv. Orel vom 17—24. April keine Choleraerkrankungen vorgekommen.

Aus anderen europäischen Ländern werden nur aus der Stadt und dem Kreise Lorient und dem Hafenort Grimper (Dep. Fenistère) in Frankreich, sowie aus dem Bezirk Borszczow in Galizien vereinzelte Erkrankungen und Todesfälle an der Cholera gemeldet.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 1. Mai d. J. 6368 (30 weniger als in der Vorwoche), darunter 181 Typhus—

(2 mehr), 557 Syphilis — (1 mehr), 76 Scharlach — (2 mehr), 14 Diphtherie — (2 mehr), 15 Masern — (2 weniger) und 24 Pockenkranke — (10 weniger als in der Vorw.).

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Kadnikow (Gouv. Wologda). Gehalt 1500 R. jährl. und 100 R. Quartiergeld. Adresse: «Кадниковская Земская Управа».

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Ufa. Gehalt 1200 R. jährl. Adresse: «Уфимская Земская Управа».

3) Für den Kreis Meschtschowsk (Gouv. Kaluga) werden zwei Landschaftsärzte gesucht. Geh. 1000 R., nach je 2 Jahren wird die Gage um 100 R. erhöht. Adresse: «Мещовская Земская Управа».

4) Für den Kreis Tscherepowez werden 2 Aerzte zum beständigen Dienst in der Landschaft gesucht. Gehalt bis zum 1. November 200 R. monatlich, später 100 R. monatlich, Ausserdem wird ein Arzt für die Zeit von 6 Monaten gesucht. Geh. 200 R. monatl. Die Meldung per Telegraph bei der «Череповецкая Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 25. April bis 1. Mai 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
345	277	622	123	49	77	10	3	14	60	57	62	57	53	37	18	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 6, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 7, Masern 6, Scharlach 14, Diphtherie 2, Croup 1, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 44, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 88, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 45, Marasmus senilis 31, Krankheiten des Verdauungscanals 55, Todtgeborene 25.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 11. Mai 1893.

ARENSBURG

INSEL OESEL.

SCHLAMM-BADEANSTALT DER FRAU WEISE.

Die Anstalt der Frau Weise bietet den Patienten ausser **Schlammbädern** auch **chirurgische** Behandlung mit **Electricität, Massage** und schwedischer **Heilgymnastik**. — Eröffnung der Anstalt am 20. Mai d. J.
Nähere Auskünfte ertheilt bereitwilligst der Unterzeichnete

(29) 3—3 **Stadtarzt Dr. med. Ohms.**

Saison: MAI—OCTOBER.

BAD REICHENHALL

Soolebad-, Molken- und grösster deutscher klimatischer Kurort in den bayer. Alpen. Soole-, Mutterlaugen-, Moor- und Fichtennadel-Extract-Bäder; Ziegenmolke, Kuhmilch, Kefir, Alpenkräutersäfte, alle Mineralwässer in frischen Füllungen; grösste pneumat. Apparate, Inhalationen aller Art, Gradirwerke, Soolefontaine, **Terrainkuren nach Professor Oertel's Methode**, Kaltwasserheilanstalt und Heilgymnastik. **Beste hygienische Allgemeinbedingungen durch Hochquellenleitung Canalisation und Desinfection:** ausgedehnte Parkanlagen mit gedeckten Wandelbahnen, Croquet- und Lawn-Tenis-Plätzen; nahe Nadelwälder und wohlgepflegte Kurwege nach allen Richtungen und Steigerungsverhältnissen. Täglich zwei Concerte der Kurkapelle, Saisontheater, Lesekabinete, Bahn- und Telegraphen-Stationen. Ausführliche Prospecte gratis und franco durch das

K. Badecommissariat.

(34) 3—3.

Das **WILDBAD** im württbg. Schwarzwald.

Von Pfortzheim in einer Stunde. — Von Stuttgart in 3 Stunden mit der Eisenbahn erreichbar. — 430 Meter über dem Meere.

Hauptsaison von Mai bis October.

Weitere Kurmittel: Dampf- und Heissluftbäder, schwed. Heilgymnastik System Dr. Zander, Electrotherapie, Massage in dem neuerrichteten, allen Anforderungen entsprechenden Prachtbau „**König-Karls-Bad**". — Herrliche Tannenwälder. Kurkapelle, Theater, Jagd, Fischerei. Comfortable Hotels und Privatwohnungen. Prospecte und jede gewünschte Auskunft durch das **Königl. Badkommissariat.**

(69) 3—1

Hannover - Altenbek. Eisenbahn. Saison 15. Mai bis 1. Oct.

Bad Pyrmont.

Pferdebahn zum Salzbade und Bahnhof 5 Minuten.

Altbekannte Stahl- und Soolbäder. (50) 3—2

Stahl-, Salz-, Moor- und russische Dampfbäder. — Bestellungen von **Stahl-** und **Salzwasser** sind an das Fürstl. Brunnen-Comptoir zu richten; sonstige Anfragen erledigt **Fürstl. Brunnen-Direction.**

Königl. Nordseebad Norderney

Saison vom 1. Juni bis 10. Oktober.

Frequenz: 1892 ungefähr 19,000 Personen.

Musterhafte hygienische Einrichtungen. Reinstes Leitungswasser aus Tiefbohrungen. Schwemmkanalisation. Krankenhaus. Desinfectionsanstalt. Fachmännische Nahrungsmittelcontrolle u. s. w. Prachtvoller Strand. Vorzügliche Veranstaltungen für kalte und warme Seebäder Elektrische Beleuchtung. Auskunft durch **Badeinspektion** und **Gemeindevorstand.** (42) 5—4

OSTSEEBAD WARNEMÜNDE

Ab **Berlin** 4½ Std., 45täg. **Saisonkarten. Frequenz** 1891—8641, 1892—9385 Prospect d. d. **Badeverwaltung.**

In den letzten Tagen des Monat Mai nehme ich meine Praxis in **Bad Reinerz** wieder auf.

(53) 2-2 San. Rath. Dr. **Secchi.**

OSTSEEBAD SASSNITZ auf der Insel Rügen.

Aeltester und renomirtester Badeort auf der Insel Rügen. Comfortabel und doch billig. Umgeben von herrlichen Buchenwaldungen in meilenweiter Ausdehnung. Geschützt gegen Nord- und Ostwinde. Tägliche Dampfer-Verbindung mit Stettin resp. Swinemünde. Die Dampfer, welche wöchentlich zweimal nach Dänemark und Schweden von Stettin resp. Swinemünde gehen, laufen in Sassnitz an. Post und Telegraph. Directe Bahn-Verbindung Berlin-Crampas-Sassnitz. Weitere Auskunft ertheilt gern

Die Badeverwaltung.

(68) 2—1

Dr. v. Chlapowski ordinirt in Bad Kissingen während der Badesaison, wie in früheren Jahren. (62) 3—2

Dr. Ebermann's Heilanstalt in Zarskoje Selo.

Saison vom 15. Mai, Behandlung mit Kumys, eisenhaltigem Kumys, Kefir, verschiedenen Mineralwässern (natürlichen und künstlichen); warme Bäder mit Zusatz verschiedener Substanzen; Elektrotherapie. Zimmer für Kranke mit voller Pension à 125 R. pro Monat. Rekommandation von Massagisten und erfahrenen Meistern für Kumysbereitung. Versand von **Kumys** per Eisenbahn auf eine Distanz von nicht länger als 24 Stunden Dauer. (47) 5—3

Дозв. цены. Спб. 7 Мая 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 20 St. Petersburg, 15. (27.) Mai **1893**

Zur Gastroenterostomie vermittelst Kohlrübenplatten *).

Aus der chirurg. Abtheilung des St. Maria-Magdalenenhospitals zu St. Petersburg.

Von

R. Butz.

Bei Verengerung des Pförtners ist der Hungertod unvermeidlich. Es stagniren die Speisen, bleiben zum Theil unverdaut, wirken wie Fremdkörper, erzeugen Gährung, Magenkatarrh und Magenerweiterung. Durch passende Nahrungszufuhr, durch systematisch ausgeführte Magenausspülungen, Massage u. dgl. kann im Anfang dem Kranken Linderung gebracht werden; doch es kommt die Zeit, wo therapeutische Maassregeln nicht mehr genügen und der Chirurg zur Hilfe herangezogen wird.

Die Endergebnisse der operativen Behandlung der Krankheiten des Magens und des Darms haben alle Erwartungen womöglich übertroffen und die Chirurgie der Neuzeit ist mit Recht stolz darauf. Die Resultate müssen in Zukunft noch bessere werden, sobald das Erkennen der chirurgischen Erkrankungen des Magen-Darmcanals früher und mit grösserer Sicherheit wird erfolgen können und sobald die Technik der Operationen selbst eine vollkommenere sein wird.

So verhält es sich im Speciellen mit der Gastroenterostomie. Bei bestehender Stenose des Pylorus, die meist durch Krebs oder narbige Schrumpfung bei einfachem Geschwür bedingt ist, legen wir eine Magen-Dünndarmfistel an und stellen die aufgehobene Communication des Magens mit dem Dünndarm wieder her. Der Zwölffingerdarm und ein Theil des Leerdarms werden hiebei ausgeschaltet. Es wird kein Theil eines Organs geopfert, die physiologischen Functionen des Darmtractus bleiben intact.

Bei narbiger Pylorusstenose kann die Heilung eine radicale sein und die Gastroenterostomie wetteifert mit der Pyloroplastik. Letztere ist bekanntlich nicht immer so einfach, bei vorhandenen Adhaesionen und unvollständiger Heilung des Geschwürs ist dieselbe contraindicirt. Bei krebsiger Natur der Verengerung ist die Operation natürlich nur eine palliative. Hier erscheint sie als Ersatz für die Pylorusresection, die nur in seltenen Fällen eigentlich ausführbar ist. Die Gastroenterostomie als palliative Operation hat unzweifelhafte Vorzüge vor anderen ähnlichen, z. B. der Gastrostomie und Colostomie Es bleibt bei ihr keine sichtbare Anomalie zurück wie bei den letzteren, wo der Kranke, der mit einer Magenfistel oder einem widernatürlichen After behaftet ist, häufig genug sich und Anderen nur zur Last ein kümmerliches Dasein fristet.

Wenn wir nach der Zahl der publicirten Fälle urtheilen, so scheint es, dass bei uns die Gastroenterostomie höchst selten geübt wird. Selenkow[1]) hat z. B. im Jahre 1889 nur 4 Fälle aufzählen können, die von russischen Chirurgen ausgeführt worden. Selenkow's Fall war der 5. und der erste mit Erfolg gekrönte. Seine Kranke lebte 2 Monate. Bei Durchsicht der neueren russischen Literatur fanden wir keine diesbezügliche Abhandlung. Wir hielten es somit für gerechtfertigt folgende 2 Fälle zu veröffentlichen, die dieser Mittheilung zu Grunde gelegt sind.

Bevor wir an die Beschreibung derselben gehen, möchten wir Einiges über die von uns angewandte Methode mittheilen, zumal dieselbe, soweit uns bekannt, hier zu Lande noch gar nicht versucht worden ist.

In seiner interessanten experimentellen Arbeit: An experimental contribution to intestinal surgery (Annals of surgery. January—June 1888) beschreibt Senn unter anderem eine neue Methode der Anastomosenbildung zwischen einzelnen Darmschlingen. Die früheren Methoden beanspruchen seiner Ansicht nach zu viel Zeit. Die Operation dauert nach der alten Methode $1\frac{1}{2}$—$3\frac{1}{2}$ Stunden, (nach der neuen $\frac{1}{2}$—$1\frac{1}{2}$ Stunden), wobei der Patient den Gefahren des Shock's, das Bauchfell einer Infection mehr ausgesetzt wurden.

*) Diese Arbeit ist in russischer Sprache in der «Больничная газета» erschienen.

[1]) Selenkow. Врачъ 1889. Nr. 26 pg. 575.

Senn machte sich Platten aus entkalktem Knochen. Vermittelst dieser beabsichtigte er grössere Serosaflächen einander zu nähern und ihr Verwachsen zu beschleunigen, ohne eine grosse Anzahl von Nähten anlegen zu müssen. Die Platten wurden in die entsprechenden Darmlumina eingeführt und an Ort und Stelle durch Nähte befestigt, die die ganze Dicke der Darmwand durchsetzten. In Amerika und England fand diese Methode Beifall und eifrige Nachahmer. In Deutschland ist sie nur in 2 Fällen mit Erfolg erprobt worden (Baracz, Heigl). Senn stellte seine Platten folgendermaassen her. Aus der Knochenrinde des Ober- od. Unterschenkels eines Ochsen sägte er Knochenplatten von 0,5 Ctm. Dicke, 6,5—8 Ctm. Länge, 2,5—4 Ctm. Breite. Er entkalkte sie in einer 10% Lösung von Salzsäure, die alle 24 Stunden gewechselt wurde, bis die Platten genügend elastisch und nach allen Seiten leicht sich biegen liessen. Um die Säure zu entfernen, wurden die Platten 3—6 Stunden lang mit Wasser ausgewaschen. In der ersten Zeit bedeckte Senn sie mit Fliespapier, presste sie zwischen 2 Zinnplatten und trocknete sie; jetzt werden sie von ihm in feuchtem Zustande gebraucht und in einer Flüssigkeit aufbewahrt, die gleiche Theile Wasser, absoluten Alkohol und Glycerin enthält. Vor dem Gebrauch werden entsprechende centrale, ovale Oeffnungen in ihnen ausgeschnitten und die nöthigen Nähte durchgeführt. Die Armirung der Platten mit den Ligaturen ist nach der Methode von Senn nicht so einfach. Baracz[2]) hat dieselbe klarer beschrieben als Senn selbst. Da eine Zeichnung jeder auch noch so ausführlichen Beschreibung entschieden vorzuziehen ist, so fügen wir hier einige Figuren bei, an denen die einzelnen Momente bei der Armirung der Platten zu verfolgen sind.

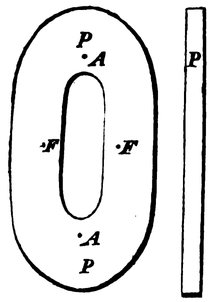


Fig. 1.

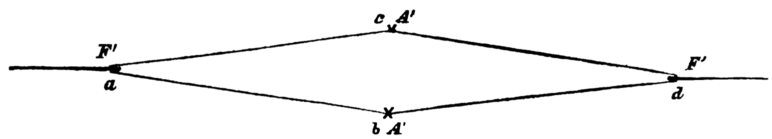


Fig. 2 a.

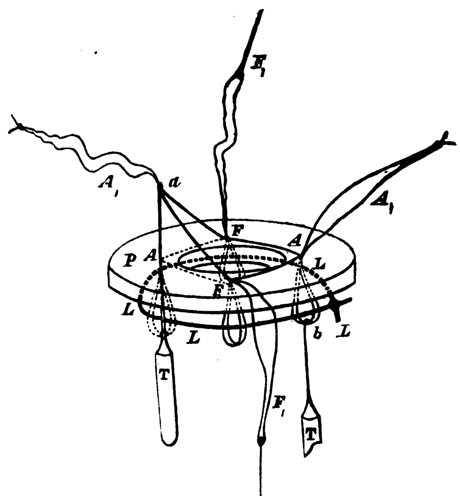


Fig. 2 b.

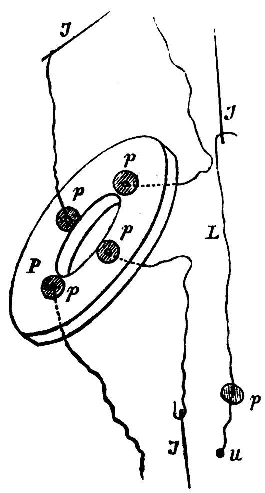
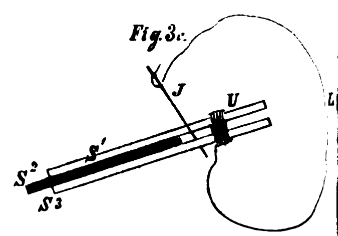


Fig. 3 a. Fig. 3 b.



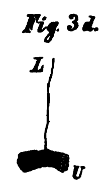


Fig. 1. P. Platte in natürlicher Grösse. In A.A. Löcher zum Durchziehen der Endligaturen (End-sutures). In F.F. für die Se.tenligaturen (Fixation-sutures).

Fig. 2 a. In die geraden Nadeln F, F, sind eingefädelt die Ligaturen a b c und c d b, die in A, A, geknotet sind.

Fig. 2 b. Die Ligaturen A, A, F, F, werden vermittelst einer feinen Häckeln..del T durch die entspr. Oeffnungen in A. A. und F. F. durchgeführt. Mit L. L. L. ist ein dicker Seidenfaden bezeichnet der durch die sich bildenden Doppelschlingen hindurchgeführt, wodurch das Ganze zusammengehalten wird.

Fig. 3 a. illustrirt die Art wie wir in unserem 2. Falle die Ligaturen befestigten. da die Senn'sche Methode uns zu umständlich erschien. Die Nadel J (Fig. 3 b.) wird in den Faden L eingefädelt, der am Ende einen grossen Knoten trägt, und durch das Gummiplättchen p. gestochen. In Fig. 3 a. sehen wir die Platte von hinten. Wie man den Knoten gross und fest genug macht ist natürlich gleichgiltig. Bei uns bewährte sich die Methode die in Fig. 3 c abgebildet erscheint. $S_1 S_2 S_3$ 3 Streichhölzchen oder dergl. Das Ende des Fadens L wird bei u erst um die Stäbchen S_1 und S_3 aufgewickelt und dann gefestigt indem die Nadel J mit dem Faden L zwischen S_1 und S_3 geführt wird, ⊥ zur ersten Richtung. Letztere Methode (Fig. 3 a) hat unsrer Ansicht nach den Vortheil, dass End- und Seitennähte auf diese Weise nicht zusammenhängend sondern einzeln später sich lösen können, abgesehen davon, dass beim Knüpfen Doppelfäden viel Unbequemes an sich haben.

Nach Veröffentlichung der Senn'schen Methode traten die Amerikaner mit verschiedenen Verbesserungen auf. Dieselben betrafen hauptsächlich das Material, aus welchem die Platten herzustellen waren. Abbe[3]) em-

[2]) Baracz. Arch. f. klinische Chirurgie Bd. 44. Heft 3. pg. 580. 1892.

[3]) Abbe. New-York medic. Journal March 1889.

pfahl z. B. Platten aus Catgut, Matas[4]) aus Darmsaiten, Brokaw[5]) nahm Gummiröhren, die mit dickem Catgut ausgefüllt worden und Ringe aus der Ochsenaorta. Am zweckmässigsten ist unserer Ansicht nach die Proposition Robinsons[6]). Seine Platten aus Gummi und ungegerbter Ochsenhaut entsprechen noch am ehesten den Platten Senn's. Platten sind a priori Ringen vorzuziehen. Erstere bringen grössere Serosaflächen in Berührung und üben überall einen gleichmässigen Druck aus. Im Falle von Polk[7]) z. B., wo Abbe'sche Ringe angewandt wurden und wo der Tod am 3. Tage erfolgte, fand es sich, dass der Ring im Magen verschwunden war, während der andere im Darm in Form einer 8 sich verbogen hatte. Ein Ende derselben stack aus der Magen-Dünndarmfistel und könnte Ursache des behinderten Durchgangs von Speisen gewesen sein. Das Erbrechen, welches nach der Operation aufgehört hatte, stellte sich am 2. Tage wieder ein.

Ein Mangel haftet den Senn'schen Knochenplatten an. Man kann sie nicht immer bei der Hand haben, und um sie fertig zu stellen, sind 3—5 Wochen erforderlich. Von diesem Standpunkte aus hat Baracz[8]) diesbezügliche Versuche gemacht und gefunden, dass die Knochenplatten durch Platten aus Kohlrüben ersetzt werden können. Aus einer frischen Kohlrübe werden mit einem grösseren, scharfen Küchenmesser Würfel entsprechender Grösse geschnitten. Aus Letzteren kann man bei einiger Uebung leicht Platten von gleichmässiger Dicke (0,5 Ctm.) erhalten. Eine weitere Bearbeitung ist nicht erforderlich, und ein Plattenpaar ist in einer ¼ Stunde fertig. Sie können 2—3 Tage lang unbeschadet in kaltem, sterilisirtem Wasser oder in einer Sublimatlösung (1 : 5000) oder Carbollösung (0,5—1 pCt.) aufbewahrt werden, sie bleiben genügend fest und elastisch, verändern ihr Volumen nicht.

Wir gehen jetzt an die Beschreibung unserer Fälle.

I. M. E. aus Finnland. 35 Jahre alt. Trat in die chirurgische Abtheilung am 13. Oct. 1892. Diagnose Stenosis pylori.

Patient leidet seit etwa einem Jahre an einem Magendarmkatarrh, Schmerzen in der Herzgrube, Aufstossen, Sodbrennen; bald profuse Durchfälle, bald hartnäckige Stuhlverstopfung. Anfangs erfolgte ein Stuhl alle 2—3 Tage, in letzter Zeit einmal in 2 Wochen.

St. pr. Mittlerer Wuchs, abgemagert, stark anaemisch, Herz und Lungen bieten nichts Abnormes. Kein Eiweiss im Harn. Körpergewicht bei der Aufnahme 59 Kilo. Puls 60. Qualität verhältnissmässig befriedigend.

Gegend über dem Nabel aufgetrieben, die Peristaltik des Magens leicht zu beobachten. Die untere Grenze des Magens steht nach Ausspülung desselben und Einnahme von 3 Glas Wasser 4 Querfingerbreit unter dem Nabel. Rechts und über dem Nabel auf 3 Querfingerbreite in der Tiefe der Bauchhöhle fühlt man eine Geschwulst durch. Die Umrisse derselben sind nicht deutlich. Sie ist bis zu einem gewissen Grade beweglich. Bei tieferem Aufathmen rückt sie etwas nach unten, bei Aufblähen des Magens mit Luft nach rechts und unten. Die Geschwulst ist auf Druck empfindlich. Inguinaldrüsen geschwellt.

Bei Untersuchung des filtrirten Mageninhalts auf freie Salzsäure ergaben die Reactionen (Methylviolett, Congo, Tropaeolin, Acid. carb. + Liq. Ferri, Phloroglucin) ein positives Resultat.

Nach Einnahme von KJ (0,2 in Kapseln) bekam man die Jodreaction im Speichel nach 10 Minuten. Nach Einnahme von Salol (in Gelatinecapsel gr. XX) war die Salicylsäure nach einer ½ Stunde und nach 26—27 Stunden noch nachzuweisen.

Das subjective Befinden des Patienten besserte sich etwas in der ersten Zeit nach den Magenausspülungen, die 2 mal täglich vor dem Mittag- und Abendessen vorgenommen wurden. Das Erbrechen stellte sich nur zur Nacht ein. Das Erbrochene bestand aus theils unverdauten Speiseresten und kaffee-braunen Massen. Die Schmerzen im Magen wurden etwas geringer, aber der Kräfteverfall nahm mit jedem Tage schnell zu. Am 2. Nov. betrug sein Körpergewicht 53 Kilo. Am 9. Novbr. war er so entkräftet, dass er kaum den Kopf vom Bette heben konnte und Ohnmachtsanfälle bekam, die sich am nächsten Tage in der Wanne (28° R.) wiederholten. Am 10. Nov. gab er seine Zustimmung zur Operation, die ihm von vorneherein vorgeschlagen worden war. Am 11. Novbr. wurde ihm der Magen 3 Mal ausgewaschen und ein hohes Klysma gesetzt. Der ganze Körper wurde sorgfältig mit grüner Seife gewaschen, Brust und Bauch geschoren und für die Nacht eine Sublimatcompresse (1:4000) gelegt. Am 12. Novbr., Morgens um 8 Uhr, wird der Magen ausgewaschen. Hände und Füsse werden mit einer dicken Schicht Watte umwickelt. ½9 Uhr bekommt der Kranke 1 Glas warmen Thee's mit 3 Theelöffel Cognac p. rectum. ½10 Uhr wird er in das stark erwärmte Operationszimmer getragen, mit warmen Laken umwickelt und chloroformirt. Vor Anfang der Operation wird der Bauch noch einmal mit Seife, Aether sulf. und Sublimat (1:1000) gewaschen und mit heissen Bor-Compressen bedeckt. Schnitt in der Linea alba von dem Schwertfortsatz bis zum Nabel. Das Peritoneum wird in der ganzen Länge des Schnitts eröffnet und mit 4 provisorischen Nähten an die Haut befestigt. In der Wunde sieht man den erweiterten Magen. Indem wir ihn etwas nach links drängten, gelangten wir bis zur Geschwulst, die dem Pförtner entsprach und etwa apfelgross sich erwies. Die Geschwulst war beweglich, erstreckte sich auf den horizontalen Theil des Zwölffingerdarms. Längs der kleinen und grossen Curvatur geht von ihr eine Infiltration aus. Es fanden sich Metastasen im kleinen Netz und eine fast vollständige krebsige Entartung des grossen Netzes. Die Mesenterialdrüsen geschwellt. Die Radicaloperation erschien somit contraindicirt und wir mussten uns mit der palliativen begnügen.

Das grosse Netz und der Querdarm wurden nach oben geschoben und aus dem Winkel, welchen das Mesocolon mit der Wirbelsäule links bildet, wurde eine Darmschlinge mit genügend langem Mesenterium hervorgeholt und einem Assistenten übergeben. Nachdem das Netz und der Querdarm wieder zurück in die Bauchhöhle gebracht worden, wurde eine passende Stelle an der vorderen Magenwand aufgesucht und von einem zweiten Assistenten festgehalten. Der aussen befindliche Theil des Magens und der Darmschlinge wird mit trockener, sterilisirter Marly umgeben und die Bauchhöhle mit flachen, weichen Kissen aus steriler Marly und sterilisirter hygroskopischer Watte geschützt. Der übrige Theil der Operation wird auf diese Weise extraperitoneal ausgeführt. Eine Darmschlinge von c. 15 Ctm. Länge wird vom Inhalte befreit durch Streichen in entgegengesetzte Richtungen. Zu beiden Seiten werden durch das Mesenterium schmale Streifen sterilisirter Marly geführt und zugezogen. Dem Mesenterialansatz gegenüber wird die Darmwand in eine Querfalte gehoben und mit einem Scheerenschlage gespalten. Der Schnitt wird in der Längsrichtung bis zu 4 Ctm. verlängert. Es wird nun eine Kohlrübenplatte aus dem zugehörigen Paare gewählt und in das Lumen des Darms in schräger Richtung eingeführt. Hier wird sie so gestellt, dass die Ränder in gleichmässigen Entfernungen von den Wundrändern sich befinden und in dieser Stellung durch die 2 seitlichen Fixationsnähte befestigt, indem die entsprechenden Nadeln 3 Mm. vom Wundrande, von innen nach aussen durch die Darmwand gestochen werden. Die 4 Ligaturen werden so geordnet, dass sie sich nicht verwickeln und die Darmplatte wird einem Assistenten übergeben, der sie leicht mit Daumen und Zeigefinger der rechten und linken Hand unterstützt. In der vorderen Magenwand wird ein ebenso langer Schnitt parallel der grossen Curvatur und 1½ Querfingerbreit von ihr entfernt ausgeführt, wo zwei Arterien spritzen, die ligirt werden müssen. Die 2. Platte wird im Magen in ähnlicher Weise befestigt und einem zweiten Assistenten zum Halten übergeben. Die Darmschlinge wird dem Magen derart genähert, dass die hinteren Ränder der Kohlrübenplatten sich berühren. Hier werden 4 Lembertnähte angelegt. Vorsichtig wird zunächst die hintere Seitenligatur, dann die 2 Endligaturen zugezogen und die Enden abgeschnitten. Als letzte kommt die vordere Seitenligatur an die Reihe. Das Ende wird abgeschnitten und mit einer dünnen Sonde fistelwärts geschoben. Die Serosaflächen schienen überall genügend dicht aneinander zu liegen, aus Vorsicht wurden in der Circumferenz die 25 Ctm. betrug noch 22 Lembertnähte angelegt. Nachdem die Platten einander genähert sind durch Knüpfen der 4 Ligaturen, legen Senn und Andere noch 4—6 Lembertnähte an dort, wo die Ränder sich berühren. Bei uns ist die Zahl eine 4 mal grössere geworden, was durch die Unsicherheit bei Erproben einer neuen Methode zu erklären ist. Wir brachten aneinander Flächen von 24 □ Ctm. und berechneten dass nach alter Methode ca. 100 Nähte in 3 Reihen nöthig sein würden, dort wo die Ränder der Platten einander berühren. Nachdem Alles mit Borsäure abgespült und die Nahtstelle etwas mit Jodoform bepudert worden, wurden Magen und die angenähte Dünndarmschlinge in die Bauchhöhle zurück gebracht. Die Bauchwunde wurde mit 10 tiefen und 10 oberflächlichen Nähten geschlossen. Die Operation dauerte 1. Stunde 10 Min. Die Narkose wurde nur im Anfang einmal unterbrochen. Patient erbrach in dem Moment, wo der Magen vorgezogen wurde. Es wurden feste Speisereste

[4]) Matas. Citirt nach Baracz. c. l.
[5]) Brokaw. International Journal of Surgery. Nov. 1889.
[6]) Robinson. Philadelph. Med. News. LVIII. pag. 285. March 1891.
[7]) Polk. New-York Med. Record. XXXVIII 8 Aug. 1890.
[8]) l. c.

erbrochen, die durch das verhältnissmässig enge Rohr des Spülapparats nicht durchgegangen waren. Es wurde ca. 15 cub. Ctm. Chloroform verbraucht. Nach Anlegung eines aseptischen Verbandes wurde der Kranke in ein gewärmtes Bett gebracht und kam bald zu sich. Shockerscheinungen fehlten. Vorgeschrieben: Um den Durst zu stillen Eisstückchen; 3 mal täglich 3 Theelöffel Cognac mit Wasser per rectum.

13. Nov. Die Nacht hatte Pat. ruhig zugebracht. Erbrechen nicht vorhanden, Schmerzen auch nicht. Unzufrieden, dass er hungern muss. Erhält Milch alle 2 Stunden einen Esslöffel und kalten Thee zum Trinken.

14. Nov. Fühlt sich besser wie vor der Operation. Erbrechen nicht vorhanden, schlief ruhig. Es wird ihm noch Bouillon mit Ei und ein Zwieback zugegeben. Heisser Thee mit Cognac.

15. Nov. Bekommt zu Obigem noch Hühnersuppe, 2—3 Eier und 2 Zwiebacken. Milch —3 Glas.

16. Nov. Ass ein Stückchen Huhn, etwas Hering, 4 Zwiebacken, 4 Eier.

17. Nov. Appetit befriedigend.

18. Nov. Lavement ohne besonderen Erfolg.

21. Nov. Pulv. Rhei. — 3 Stuhlentleerungen ohne Schmerzen.

22. Nov. I. Verbandwechsel. Wunde per prim. geheilt.

23. Nov. Bekommt die gewöhnliche Portion, Milch, Eier etc. In der Nacht 3 mal zu Stuhl (ging selbst ins W. C.). Am Tage 2 Stühle.

30. Nov. Körpergewicht 56 Kilo.

3. Dec. Bauch nicht aufgetrieben, nicht empfindlich. Stuhlentleerung einmal am Tage.

5. Dec. Klagt über Schmerzen im Epigastrium und ein Gefühl von Völle nach der Nahrungsaufnahme. Nach Ausspülung des Magens besserte sich dieser Zustand.

7. Dec. Körpergewicht 59 Kilo.

13. Dec. 59, 200.

22. Dec. 59, 500. Temp. die ganze Zeit normal.

Am 23. fühlte Patient sich derart gekräftigt, dass er sich ausschreiben liess, um die Feiertage im Familienkreise zu verbringen.

Am 28. Dec. Nachts bekam er einen heftigen Anfall von Erbrechen, es kamen grosse Mengen dunkler brauner Massen, nach Aussagen der Frau, zum Vorschein, worauf er ganz kraftlos wurde. Am nächsten Tage fanden wir ihn zwar sehr geschwächt, Puls beschleunigt (120) und klein, aber ohne Schmerzen, auch war das Erbrechen nicht wieder vorgekommen. Am nächsten Tage trat der Tod ein.

In diesem Falle war der unmittelbare Effect der Operation ein sehr guter. Das hartnäckige Erbrechen, welches den Kranken 3 Monate lang gequält hatte, hörte sofort auf, der Kranke bekam wieder Appetit, die Functionen des Darmcanals wurden wieder normal, seine Kräfte kehrten zurück, er nahm schnell an Gewicht zu (6,5 Kil.) Sein Zustand am Tage der Operation war derartig gewesen, dass er höchstens 1—2 Wochen noch hätte leben können. Durch die Operation ist sein Leben verlängert worden, freilich nur um 1—1½ Monate. Als Todesursache vermutheten wir eine Blutung aus dem Krebsgeschwür im Magen; eine Section war leider nicht möglich gewesen.

II. W. J. 49-jähriger Bauer. Trat ein in die therapeutische Abtheilung (Dr. Bary) des Hospitals am 10. Nov. 1892. Diagnose: Cancer ventriculi. Da sein Zustand sich nicht besserte und es augenscheinlich wurde, dass eine Verengerung des Pförtners vorhanden sei, wurde er in die chirurgische Abtheilung am 3. Dec. übergeführt.

Patient leidet schon sehr lange an einem Magenkatarrh. Sein Appetit, lange schon schlecht, ist jetzt ganz geschwunden. Nach dem Essen bläht sich das Epigastrium auf und es tritt Aufstossen ein. Das Erbrechen nach der Nahrungsaufnahme fing vor 1½ Jahren an. In den letzten 4 Wochen wurde das Erbrechen ärger und erscheint 3—4 Mal täglich 2—3 Stunden und auch früher nach dem Essen. Blutbrechen ist nie beobachtet worden. In den letzten 3 Monaten stark abgemagert und geschwächt. Hier im Hospital betrug sein Körpergewicht am 10. Nov. 54 Kilo, beim Eintritt in die chirurg. Abtheilung am 3. Dec. 46 Kilo.

Stat. pr. Patient ein Mann von kräftigem Knochenbau, bis zum Skelett abgemagert. Innere Organe bieten nichts Abnormes. Im Harn kein Eiweiss. Die Gegend des Epigastrium aufgetrieben, der übrige Theil des Bauches eingezogen, die Därme leer. Bei der Palpation fühlt man eine Geschwulst durch, etwa faustgross über dem Nabel rechts von der Mittellinie, nicht scharf begrenzt, höckerig, hart, auf Druck etwas empfindlich; die Geschwulst ist unbeweglich. Die untere Grenze des leeren Magens 2 Querfingerbreit über dem Nabel. Beim Aufblasen des Magens mit Luft rückt die untere Grenze nach unten auf 4 Querfinger und der Kranke fühlt einen Schmerz in der Gegend der Geschwulst, die scheinbar der vorderen Bauchwand sich nähert. Nach Ausspülung des Magens fühlt der Kranke einige Erleichterung. Patient ist so schwach, dass er sich kaum auf den Füssen hält und mit äusserster Mühe mit fremder Hilfe fortbewegt. Fast fortwährendes Aufstossen. Puls klein, frequent 100—110.

Bei Untersuchung des filtrirten Mageninhalts auf freie Salzsäure fanden sich schwache aber immerhin unverkennbare Anzeichen vom Vorhandensein derselben. Jod war im Speichel nach 10 Min. nachweisbar, Salicylsäure (nach Einnahme von Salol) fand sich im Harn noch nach 30 Stunden.

4. Dec. Der Magen wird zweimal ausgespült und ein hohes Klysma gestellt. Wanne. Sublimatcompresse auf den Bauch. Am Morgen unmittelbar vor Anfang der Operation wird der Magen sorgfältig mit warmem Wasser und Borsäure (2 pCt.) ausgespült. Hände und Füsse werden in Watte eingehüllt, per rectum ein Glas Wasser und 2 Esslöffel Cognac gegeben.

Man beginnt die Narkose 10 U. 10 Min. 10 U. 15 Min. wird in die Gegend des Epigastrium eine Spritze 5 pCt. Cocainlösung eingespritzt. 10 U. 18 Min. Schnitt in der Mittellinie vom Schwertfortsatz bis zum Nabel. Das Peritoneum eröffnet 10 U. 20 Min. und mit 4 Nähten an die Haut angenäht. In der Wunde erscheint der erweiterte Magen. Er ist fixirt in der Gegend des Pförtners. Hier fühlt man eine höckerige Geschwulst und eine harte Infiltration in der Umgebung. Die Geschwulst geht auf den horizontalen oberen Theil des Duodenum und auf den Kopf des Pankreas über. Die Mesenterialdrüsen sind geschwollen und auf der serösen Oberfläche des anliegenden Theils des Querdarms sind einige Knötchen zu sehen. Eine radicale Operation ist somit ausser Frage. Die Gastroenterostomie vollführten wir in derselben Weise, wie im ersten Falle. Der Dünndarm wird eröffnet 10 U. 35 M.; eine Kohlrübenplatte wird eingeführt 10 U. 37 M. Der Magen incidirt 10 U. 45 M. Platte eingeführt 10 U. 48 M. Es wurden noch 32 Lembertnähte angelegt 10 U. 55 M.—11 U. 20 M. Die Bauchwunde wird mit 18 tiefen und oberflächlichen Nähten vernäht 11 U. 40 M. Die Narkose dauerte 1 St. 30 Min Es wurden ungefähr 15 Cub.-Ctm. Chloroform verbraucht. Nach der Operation ist der Puls etwas schwächer und frequenter (120). Der Kranke wacht aber bald auf und antwortet vollkommen frei auf alle Fragen. 3 p. m. unterschied sich sein Zustand von dem früheren vor der Operation nicht. 7. p. M. Puls 110, besser zu fühlen. Durst.

6. Dec. Fühlt sich noch sehr schwach. Puls etwas beschleunigt (90) und schwach. Keine Schmerzen. Zunge etwas trocken. Patient bekommt einige Eisstücke und Milch alle Stunden 1—2 Theelöffel, Thee mit Citrone, per rectum Wasser und Cognac 2 mal, und Milch 2 mal täglich.

7. Dec. Subjectives Wohlbefinden. Die Nacht hatte er ruhig zugebracht. Puls besser (80). Erbrechen und Aufstossen nicht vorhanden. Zunge feucht. Bekommt 3 Glas Milch. Hühnersuppe. Wein, Thee und Cognac.

8. Dec. Die Nacht gut geschlafen. Gegen morgen 2 Stuhlentleerungen. In dem Augenblicke, wo die Wäsche gewechselt werden sollte und der Kranke etwas gehoben wurde, trat ein Ohnmachtsanfall ein. Der Puls verschwand. Nach 2 subcutanen Einspritzungen von Aeth. acet. und Ol. camphor. kam der Kranke zu sich, der Puls wurde wieder fühlbar (126), aber nicht auf lange. Zwei Stunden darauf, grade 72 Stunden nach der Operation starb Pat. an Entkräftung.

Bei der Section, die am 9. Dec. ausgeführt wurde, fand man in den inneren Organen nichts, ausser einer ungewöhnlichen Trockenheit derselben, und ein kleines schlaffes Herz. In der Bauchhöhle finden sich leichte Verklebungen des Omentum mit der vorderen Bauchwand in der Gegend der Bauchwunde. Peritoneum überall glatt, glänzend, keine Anzeichen einer Peritonitis Dickdarm fast leer, im Dünndarm eine geringe Menge flüssigen Kothes. Die Fistel im Darm entspricht dem oberen Theil des Jejunum, auf einer Entfernung von ca. 55 Ctm. vom Pylorus. Im Magen liegt dieselbe 15 Ctm. vom Pylorus und 10 Ctm. vom Rande des Krebsgeschwürs, einen Querfingerbreit vom Rande der grossen Curvatur. Beide Kohlrübenplatten finden sich in situ. Sie sind beide wenig verändert. Die im Magen ist schmutzig-grünlich verfärbt, die im Darme schmutzig-gelb. Sie sind etwas erweicht, aber immer noch elastisch und genügend fest. Die Fistel ist für 2 Finger bequem durchgängig. Die serösen Flächen sind in der ganzen Ausdehnung scheinbar fest verklebt. Die Serosa des Magens geht vorn fast unmerklich in die Serosa des Darms über. Die flache Rinne zwischen den Rändern der Platten erscheint mit plastischer Lymphe wie ausgefüllt. Der Magen ist stark erweitert, die Wände verdünnt. In der Nähe des Pylorus, der für eine gewöhnliche Hohlsonde durchgängig ist, befindet sich ein rundes Geschwür mit höckerigen scharfen Rändern. Die Schleimhaut des Magens blass gelblich. Der obere, horizontale Theil des Zwölffingerdarms, der Kopf des Pankreas, der angrenzende Theil des grossen und kleinen Netzes bilden eine harte, krebsig entartete Masse von ca. 1½ Mannsfaustgrösse. Das zuführende Ende der angenähten Dünndarmschlinge entspricht dem rechten

Winkel des Einschnitts in der Magenwand, der abführende dem linken. Im Magen und in den oberen Theilen des Dünndarmes dünne braune Massen.

Quoad operationem kann man auch diesen Fall kaum zu den misslungenen rechnen. Wenn man nach dem urtheilt, was bei der Section gefunden wurde, so wird keine Ursache zu finden sein anzunehmen, dass Alles nicht günstig hätte ablaufen können, wenn der Kräfteverfall beim Kranken nicht schon so weit gediehen wäre. Dieser Fall ist namentlich wichtig für die Beurtheilung der Zweckmässigkeit der Senn'schen Methode überhaupt und der Kohlrübenplatten im Besonderen. Letztere hätten allem Anscheine nach noch genügend lange die zwischenliegenden Serosaflächen zusammen und die Fistel dabei offen gehalten.

Betrachten wir nun die einzelnen Acte der Operation. Nach Eröffnung der Bauchhöhle braucht der Magen nicht aufgesucht zu werden. Derselbe ist mehr oder weniger erweitert und als erster in der Wunde sichtbar. Die erforderliche Jejunumschlinge aufzufinden und die Stelle zu bezeichnen, die 24—30 Zoll vom Pylorus entfernt zu liegen käme, ist weniger einfach. Man muss dies rasch machen und die Därme unnützen Insulten nicht aussetzen. Lücke[9]) nahm die erste beste Darmschlinge, die in der Wunde sich präsentirte. Wölfler, Hahn[10]) Selenkow u. A. ziehen eine zuverlässigere Methode vor und suchen die Duodeno-jejunalfalte auf. Rockwitz[11]) nahm die Darmschlinge mit genügend langem Mesenterium aus der Tiefe des kleinen Beckens. Czerny[12]) wählt die Darmschlinge aus dem Winkel, den das Mesocolon transversum links mit der Wirbelsäule bildet. Seiner Meinung nach ist dies fast immer der Anfangstheil des Jejunum, welcher leicht erkannt wird an der Fixation des proximalen Theiles. Senn[13]) nimmt die erste beste Darmschlinge und übergiebt sie einem Assistenten, der sie festhält. Von diesem Punkte aus durchsucht er die Schlinge in einer Richtung. Kommen höher gelegene Stellen des Dünndarms zum Vorschein, so wird die Färbung blasser, die Wandung des Darms dicker. Werden niedriger gelegene Partien erreicht, so wird die Färbung röthlicher, die Wandung dünner. In letzterem Falle wird die Dünndarmschlinge in die Bauchhöhle zurück versenkt und die entgegengesetzte Richtung eingeschlagen. So erreicht man bald das Gesuchte. — Ein Irrthum im Aufsuchen der erforderlichen Darmschlinge kann verhängnissvolle Folgen nach sich ziehen. In einem Fall von Lauenstein[14]) z. B. fand sich die Fistel in unmittelbarer Nähe der Ileo-coecalklappe, so dass der grösste Theil des Darmcanals ausser Function gesetzt war. Nimmt man eine zu weit vom Pylorus gelegene Darmschlinge, so kann leicht an der Stelle der Magendünndarmfistel eine Knickung zu Stande kommen, welche dieselbe unwegsam macht. Im 3. Falle von Senn[15]) z. B. fand es sich, dass beide Schenkel der geknickten Darmschlinge mit einander verwachsen waren in einer Ausdehnung von 4 Zoll. Hier hatte sich ein Sporn gebildet, der in das Magenlumen hineinragte.

Die Incisionen in der Magen- und Darmwand müssen genügend lang sein, nicht weniger wie 4 Ctm. Die Oeffnung wird mit der Zeit unstreitig kleiner. So hat Ransohoff[16]), der nach der Methode Senn's operirte und Platten benutzte mit centraler Oeffnung von 1 Zoll Länge nach einem Monate die Fistel bedeutend enger gefunden. Czerny[17]) hat in seinem Falle (Nr. 8) sich 8 Monate nach der Operation überzeugt, dass die Oeffnung sich von 3 Ctm. bis auf 8 Mm. verkleinert hatte. Bei Stanfield[18]) und Larkin[19]) kam sogar ein Wiederverwachsen der Fistel zu Stande. In letzterem Falle war der grössere Theil der vorderen Magenwand vom Krebs befallen, der freie Theil lag ziemlich hoch. Um einen Druck auf das Colon transversum zu vermeiden, machte L. ein Loch im Mesocolon und im grossen Netz dicht am Magen und führte die Darmschlinge, die angenäht werden sollte, hier durch. Die Kranke verliess das Hospital am 19. Juni. Das Erbrechen stellte sich bald wieder ein und verschlimmerte sich ihr Zustand derart, dass am 7. August ihr eine Jejunalfistel angelegt werden musste, durch welche Nahrung eingeführt wurde. Sie starb am 25. October. Bei der Section fand man an Stelle der früheren Magendünndarmfistel eine haarfeine Oeffnung, die von einer Schleimhautfalte bedeckt kaum zu finden war.

Entsprechend der Grösse der Einschnitte muss auch die Grösse der Platten sein, 7,5—8 Ctm. lang, 4 Ctm. breit, die Centralöffnung 4 Ctm. lang, 1—1,25 Ctm. breit.

Was die Ligaturen anbetrifft, mit welchen die Platten armirt werden, so brauchte Senn Seide. Seide hat ihre Nachtheile. Die Nähte bleiben lange an Ort und Stelle haften. In dem grössten Theil der experimentellen Gastroenterostomien Senn's und Baracz's wurden die Ligaturen auch 6 Wochen nach der Operation noch in der Wand der Fistel gefunden, freilich ohne dass sie Unwegsamkeit derselben verursacht hatten. Dennoch müssen wir den Rath von Baracz beherzigen und die Nadeln nicht weiter als 2—3 Mm. vom Wundrande entfernt durchstechen. Seide durch gewöhnlichen Catgut zu ersetzen ist misslich, weil letzteres resorbirt werden kann, ehe noch zuverlässige Verwachsung eingetreten. Jessett[20]) hält die Möglichkeit von Steinbildungen (Gastrolithen) um die Ligaturen nicht für ausgeschlossen, da seiner Erfahrung nach letztere noch nach 4 Monaten in situ sein können. Er räth die Seide durch Chromcatgut zu ersetzen. Andere nehmen Catgut für die Fixationsnähte, Seide für die Approximationsnähte oder umgekehrt.

Was das weitere Schicksal der Ligaturen und der Platten anbetrifft, so sind einige Mittheilungen von Senn darüber nicht uninteressant. So bildete sich im Falle Nr. 2 im oberen Theile der schon geschlossenen Bauchwunde zu Ende der 3. Woche ein Abscess, wo alle Ligaturen sich fanden. Es entstand eine Magenfistel, durch welche sich die Nahrung sofort nach der Aufnahme ergoss. Letztere schloss sich übrigens spontan nach 2 Wochen. In einem anderen Falle (Nr. 3) wurden die Knochenplatten am 9. Tage erbrochen. Sie waren erweicht und verkleinert. Im Falle Nr. 4 fanden sich die Reste der Platten am 13. Tage im Stuhl. Die Platten wurden einmal (Nr. 8) ohne Schaden schon nach 40 Stunden ausgebrochen. In unserem 2. Falle waren die Kohlrübenplatten noch am 3. Tage wenig verändert, genügend fest und elastisch. In einem von den experimentellen Fällen von Baracz, wo der operirte Hund 2 Tage nach der Operation an Peritonitis starb, fanden sich die Platten in situ, waren aber leicht zwischen den Fingern zu zerdrücken. Nach 15—25 Tagen war gewöhnlich keine Spur von Platten im Darmcanal zu entdecken. In unsrem ersten Falle gelang es nicht irgendwelche Reste von Platten in den Ausleerungen zu finden, obgleich vom Pflegepersonal danach gefahndet wurde.

[9]) c. f. Rockwitz.
[10]) Hahn. Deutsche med. Wochenschr. XVII. 30.
[11]) Rockwitz. Deutsche Zeitschrift für Chirurg. XXV. pg 502 u. Ref. C. f. Chir. 1888. Nr. 1. pg. 15.
[12]) Czerny und Rindfleisch. Beiträge zur klin. Chirurgie. 1892. IV. Heft. 3 pg. 708.
[13]) Senn. New-York med. Record. 1891. Nov. pg. 584.
[14]) Lauenstein. C. f. Chir. 1891. Nr. 40 pg. 777.
[15]) Senn. New-York med. Record. 1891. Nov. pg. 579.
[16]) Ransohoff cf. Page. Medic. chir. Transactions LXXII. pg. 373. 1889.
[17]) Czerny. l. c.
[18]) Stanfield. Brit. Medic. Journ. 1890. Vol. 1 pg. 1300.
[19]) Larkin. Lancet II. 1891. pg. 1222.
[20]) Jessett. Lancet May 1890. pg. 1150.

Bevor Senn die Platten einander nähert, scarificirt er die Serosaflächen mit einer feinen Nadel. In seinen Experimenten bekam er die zuverlässigste Verlöthung dort, wo er so verfahren war. Letztere erwies sich manchmal als ziemlich widerstandsfähig schon nach 12 Stunden p. o. Senn räth nicht das Endothel abzuschaben, welches seiner Ansicht nach eine wichtige Rolle bei dem Verwachsen der Serosaflächen spielt.

Dagegen behauptet Davis[21]), der Austritt plastischer Lymphe sei desto bedeutender, die Verwachsung erfolge desto rascher, je mehr die Serosaflächen entblösst werden. Er schabt das Endothel mit einem scharfen Löffel ab. Robinson[22]) hält die Scarification für nothwendig, die Nahtstelle bedeckt er dazu noch mit einem Stück vom grossen Netz. Jessett[23]) hält die Scarification für entbehrlich. Wir kamen in unseren Fällen ohne sie aus und bereuten es nicht. Die Verlöthung kam offenbar ziemlich schnell zu Stande.

Indem wir die Darmschlinge an die vordere Magenwand nähten, beachteten wir die Stellung des zu- und abführenden Endes nicht. Wir sorgten nur dafür, dass die Darmschlinge ohne Zerrung, frei zu liegen kam. Die Methode Wölflers[24]), wo die Darmschlinge die vordere Fläche des Querdarms kreuzt, ist in der Mehrzahl der bis jetzt operirten Fälle erprobt worden und ist als zweckmässig befunden. Nur in 2 Fällen von Lauenstein[25]) wurden unbedeutende Erscheinungen von Druck auf den Querdarm beobachtet. Die Proposition v. Hacker[26]) die Darmschlinge an die hintere Magenwand zu nähen nachdem man sie durch eine Oeffnung im Mesocolon durchgezogen, hat ihre Vortheile dort, wo die vordere Magenwand in ausgedehnter Weise vom Krebse z. B. befallen ist und wo der Magen selbst noch beweglich erscheint. Larkin[27]) und Brenner[28]) wandten eine Methode an, die etwa die Mitte hält zwischen Wölfler und Hacker. Sie zogen den Anfangstheil des Dünndarms durch eine Oeffnung im Mesocolon und im grossen Netz und nähten sie an die vordere Magenwand. In letzteren Fällen muss man sich hüten, die Gefässe des Querdarms zu verletzen, um nicht eine circumscripte Gangrän des Mesocolon zu bekommen. Auch könnte eine Verengerung des Darmlumens an den Oeffnungen im Mesenterium und Omentum eintreten. Der zuführende und abführende Schenkel der Darmschlinge könnten untereinander verwachsen, es könnte eine Knickung zu Stande kommen, ein Sporn sich bilden und secundäre Unwegsamkeit der Fistel entstehen.

Rockwitz, Senn, Czerny geben den Rath, die Darmschlinge so anzunähen, dass die Peristaltik derselben mit der Peristaltik des Magens zusammenfällt. Das zuführende Ende entspricht dann dem linken, das abführende dem rechten Winkel der Incision im Magen. In einem Fall von Czerny (Nr. 6), wo die Darmschlinge nach Wölfler angenäht worden war, konnte der Mageninhalt leichter in das zuführende Ende des Dünndarms eindringen, so dass er durch den verengten Pylorus wieder in den Magen zurückkam. Wölfler[29]), Laboulay[30]), Braun[31]) suchen solchen Vorkommnissen vorzubeugen durch die Ausführung eines ziemlich complicirten Verfahrens, das als Gastro-Duodeno-Jejunostomie bezeichnet werden könnte. Ohne Zweifel ist Rockwitz Rath leichter zu befolgen und man erreicht seinen Zweck vollkommen, wenn man nach den veröffentlichten Fällen urtheilt. Nicht geringer ist aber die Zahl der Fälle, die gut endeten und die nach Wölfler operirt wurden, wo die Magenperistaltik der Darmperistaltik keineswegs entspricht. — Deswegen hielten wir es nicht durchaus für nothwendig, besondere Aufmerksamkeit auf die Stellung der Darmschlinge bei der Naht zu achten, um nicht Zeit zu verlieren, zumal der s. g. Nothnagel'sche Versuch mit dem Kochsalzkrystall keineswegs immer gelingt.

Bei der Nachbehandlung ist es gewiss wünschenswerth die Nahrungsaufnahme p. os aufzuschieben, bis eine zuverlässige Verlöthung zwischen Darm und Magen sich gebildet, was gewöhnlich 2 Tage in Anspruch nimmt. Die Kräfte des Kranken sucht man durch Nährklystiere aufrechtzuerhalten. Gegen den Durst Eisstückchen oder schluckweise heisses Wasser. Die Kranken 8 Tage lang ausschliesslich durch Nährklystiere zu füttern, wie Czerny es verlangt, scheint uns zu riskant, wenn wir den schon an und für sich kläglichen Zustand der Kranken in Betracht ziehen. Wir scheuen uns nicht dem Kranken flüssige Nahrung in kleinen Quantitäten, schon am nächsten Tage zu verabreichen. Das Quantum steigt allmälig. Man gebe nur wenig und oft. Am Ende der ersten Woche kann der Operirte bei gutem Befinden schon alles Leichtverdauliche zu sich nehmen. Das Bett dauernd vor der 3 oder 4. Woche zu verlassen ist nicht räthlich, um eine Ventralhernie zu vermeiden.

Was nun endlich das Mortalitätsprocent bei der Gastroenterostomie anbetrifft, so ist es zunächst schwer bei einer rein palliativen Operation zu bestimmen, welche Fälle als geheilt, welche als nicht geheilt zu bezeichnen wären. Die Grundkrankheit wird ja nicht gehoben, und die führt an und für sich schon zu sicherem Tode, so dass auch im günstigen Falle nur eine mehr oder weniger bedeutende Verlängerung des Lebens zu erreichen ist. Czerny zählt diejenigen Fälle zu den genesenen, wo die Wunde sich schon geschlossen und wenigstens einige Tage hindurch die Nahrungsaufnahme in normaler Weise vor sich gegangen. Nach ihm beträgt das Mortalitätsprocent 40, nach Rockwitz 57,2, Billroth[32]) 50 pCt. Weir[33]) hat im Jahre 1891 96 Fälle zusammengestellt, die nach der alten Methode operirt worden. Von diesen starben 39, somit 40 pCt. Von den 24, die nach neuerer Methode operirt wurden (Platten, Ringe u. dergl.), endeten letal 3 (12 pCt.) Baracz berechnet die Mortalität nach der alten Methode 42,8 pCt., nach der neuen 24,5 pCt. Diese Zahlen scheinen ad oculos die Vortheile der neuen Methode vor der alten zu demonstriren. Doch kann man denselben keine grosse Bedeutung beimessen, da die Subjectivität hier offenbar eine zu grosse Rolle spielt. Von 13 Gastroenterostomien, die Senn z. B. beim Krebs des Pylorus ausgeführt hat, sind seinen Berechnungen nach nur 5 ungünstig verlaufen. Von den 8 Genesenen starben aber 4 am 5., 9, 12, 18. Tage p. o. an Entkräftung, an Blutung aus dem Krebsgeschwür, Pneumonie und Krebskachexie. Auf Grund dieser Data rechnet Senn das Mortalitätsprocent 38,5, Czerny 69,23.

Es stellt sich im Allgemeinen heraus, dass das Leben der Patienten durchschnittlich um 5—6 Monate verlängert wird. Für einen Unbetheiligten ist es schwer, sich ein Urtheil zu bilden über den Werth einer solchen Frist für den betreffenden Kranken.

Interessant ist der Fall von Senn (Nr. 9), wo der 71-jährige Patient noch 20 Monate nach der Operation lebte und schliesslich der fortschreitenden Krebskachexie erlag. Bei der Operation war es jedem klar, dass ohne chirurgische Hilfe er nur wenige Wochen gelebt hätte.

[21]) Davis. The Times and Register Philadelphia. XX. 594. Jan. 25. pg. 74. 1890.
[22]) l. c.
[23]) l. c.
[24]) cf. Mosettig Chir. Technik.
[25]) Lauenstein. l. c.
[26]) Ibidem.
[27]) Larkin. Lancet 1891. II. p. 72.
[28]) Brenner. Wien klin. Wochenschrift Nr. 26. 1891.
[29]) Wölfler. cf. Esmarch. Chirurg. Technik. 1892. pg. 232.
[30]) Laboulay. Arch. prov. de chirurgie. I. Nr. 1. pg. 1.
[31]) Braun. Arch. f. klin. Chir. Bd. 45. Heft 2. 1893 pg. 361.
[32]) Billroth. Wien. klin. Wochenschrift. 1891. pg. 34.
[33]) Weir. New-York med. Rec. 2 Jan. 1891.

Czerny's Patient (Nr. 5) lebte 11 Monate und hatte in der ersten Zeit sich so erholt, dass der behandelnde Hausarzt an der Richtigkeit der bei der Operation gestellten Diagnose zweifelte. Sein Körpergewicht hob sich von 44,5 Kilo auf 70. Sein Zustand fing erst nach 5 Monaten p. o. an sich wieder zu verschlimmern — Unser erster Fall wäre sicherlich nicht günstig verlaufen, wenn wir die Operation um einige Tage verschoben hätten. Ohne chirurgische Hilfe hätte der Kranke kaum 1—2 Wochen gelebt. Im 2. Falle wurde die Operation leider zu spät ausgeführt und möglich, dass sie die letzten Kräfte des Kranken aufrieb und den letalen Ausgang, wenn auch nur um ein Weniges beschleunigte.

Zum Schluss möchten wir folgende 2 Sätze wiederholen:

I. Bei der Gastroenterostomie verdient die Methode Senn's vollste Aufmerksamkeit.

II. Senn's Knochenplatten können durch die Kohlrübenplatten von Baracz ersetzt werden.

Februar 1893.

Referate.

Goldscheider: Zur Bakteriologie der acuten Pleuritis. (Zeitschrift für klin. Med. 1892. B. XXI).

G. hat eine Anzahl von serösen Pleuritiden bakteriologisch untersucht und dabei in 3 Fällen, welche auch in ihrem weiteren Verlauf nicht eitrig wurden, Streptokokken, bei einem Staphylokokken nachweisen können. Bis jetzt hat das Vorhandensein von Mikroorganismen in Exsudaten, welche nicht eitrig wurden, nur selten constatirt werden können und hat G. die in der Literatur verzeichneten Untersuchungen mit positivem Erfolge zu Anfang seiner Arbeit angeführt. Danach sind etwa nur ein Dutzend seröser Pleuritiden beobachtet worden, in denen trotz Anwesenheit von Mikroorganismen, vorzugsweise Streptokokken, keine eitrige Metamorphose des Exsudats eintrat.

Während man früher die primäre Pleuritis als eine häufige Krankheit ansah und speciell der Erkältung eine grosse Bedeutung in der Aetiologie derselben beimaass, ist man heute davon überzeugt, dass die Mehrzahl der scheinbar primären Pleuritiden in Wirklichkeit secundär und hauptsächlich durch Tuberculose veranlasst ist und wird von Vielen eine Erkältungs-Pleuritis, ja überhaupt eine primäre Pleuritis geleugnet. Nun macht G. auf die Möglichkeit aufmerksam, dass manche Fälle der primären sogenannten rheumatischen Pleuritis durch Streptokokken bedingt sein könnten, doch spricht er sich nur mit grosser Vorsicht dafür aus, da eben der primäre Charakter auch der von ihm beobachteten Fälle nicht mit Sicherheit erwiesen war. Immerhin verdient das rein biologische Factum der nicht eitrigen Streptokokken = bezw. Staphylokokken-Pleuritis Interesse. H. Büttner.

Ziemssen: Ein weiterer Beitrag zur Transfusionsfrage. (Deutsches Archiv für klin. Medicin. Band 50. 1894).

Die begründeten Bedenken, welche sich bei den bisherigen Methoden der Bluttransfusion geltend machten, werden nach der v. Ziemssen'schen Methode durch Umgehung der Defibrinirung des Blutes und der Schnitteröffnung der Vene vermieden. Die Methode besteht im Wesentlichen darin, dass ohne vorgängigen Hautschnitt in die Vene des Blutspenders sowie des Blutempfängers je eine Hohlnadel eingeführt, und dann Blut aus der Mediana des ersteren mittelst gewärmter Glasspritze angesaugt und in die des letzteren infundirt wird. Auf diese Weise wird die Defibrinirung sowie die Abkühlung des Blutes vermieden. Auch die sonst drohende Gefahr der Luftaspiration in die Vene ist hier unmöglich, da das elastische Haut- und Unterhautzellgewebe wie auch die Venenwand fest die Hohlnadel umschliessen. Durch den Wegfall der Narkose und des Hautschnittes wird die Transfusion des Charakters einer grösseren Operation entkleidet, welcher Umstand für die Einbürgerung der Transfusion in der Privatpraxis von grosser Bedeutung ist und ihre öftere Wiederholung bei ein und demselben Individuum im Verlaufe schwerer chronischer Blutanomalien ermöglicht.

Das Instrumentarium besteht aus 3 Glasspritzen von je 25 Ccm. Capacität und ebensoviel Hohlnadeln, an denen zur Aufnahme der Spritze ein 3—4 Cm. langer, feiner, dickwandiger Gummischlauch angesetzt ist. Ferner eine Partie steriler Gazebinden, ein grosses Gefäss mit warmer physiologischer Kochsalzlösung, und wenn möglich ein Wasserbad. Penible Asepsis ist absolutes Erforderniss.

Zunächst wird der Oberarm des Blutspenders mit sterilen Binden fest umschnürt, worauf die erste Hohlnadel in die nun pralle Mediana des Blutspenders eingestochen wird, wobei die Nadel möglichst parallel zur Hautoberfläche entsprechend der Axe des Venenrohres zu führen ist. Zeigt das Abfliessen des Blutes, dass sich die Nadel in der Vene befindet, so komprimirt man den Gummischlauch und überzeugt sich durch sanftes Hin- und Herschieben der Nadel in der Vene, dass die Spitze der Hohlnadel sich nicht an der inneren Wandfläche der Vene angespiesst hat. Nun wird die vorher mittelst heisser Kochsalzlösung ausgespritzte und erwärmte Glasspritze in den Gummistutzen eingesetzt und das Blut langsam aspirirt. Während dessen wird die zweite Hohlnadel in die Mediana des Blutempfängers eingestochen, der Gummischlauch, nachdem etwas Blut ausgeflossen und die Nadel freibeweglich im Venenrohr befunden ist, komprimirt und die Binde am Oberarm gelöst. Dann wird die inzwischen gefüllte Spritze eingesetzt und das Blut langsam injicirt.

Inzwischen wird eine zweite Spritze aus der Mediana des Blutspenders vollgesogen und in derselben Weise in die Vene des Blutempfängers entleert; während dessen wird die dritte Spritze vollgesaugt und die erste, um jeden Rest von Blut auszuspülen, mit dem warmen Kochsalzwasser ausgespritzt. — Es sind also mindestens 3 Aerzte nothwendig. — Eine Transfusion von 250—300 CCm. Blut nimmt auf diese Weise nur 15—20 Minuten in Anspruch. Es ist rathsam, einen zweiten Blutspender bereit zu halten, damit zu demselben sofort übergegangen werden kann, falls bei dem ersteren aus irgend einem Grunde der Blutzufluss stockt.

In manchen Fällen, in denen Blutentnahme und Blutinfusion ohne Störung glatt abläuft, ist weder Frost noch Temperatursteigerung, weder Hämoglobinämie noch Hämoglobinurie zu constatiren. — Das Blutserum wurde stets frei von freiem Hämoglobin befunden, Hämoglobinurie wurde im Ganzen unter 24 subcutanen und intravenösen Transfusionen nur 3 mal beobachtet. In keinem Fall trat Phlebitis oder sonst irgend eine entzündliche Reaction an der Injectionsstelle ein, häufig trat aber Frösteln und Temperatursteigerung am ersten Tage auf.

Die günstige Wirkung der Transfusion auf das Allgemeinbefinden der anämischen Kranken, die Besserung des Appetites, des Schlafes und der Hautfarbe war unverkennbar.

Die subcutane Blutinjection nach v. Ziemssen geschieht in ähnlicher Weise, nur dass die mit Blut gefüllte Spritze mit einer Hohlnadel (ohne Gummischlauchzwischenstück) armirt und letztere unter Erhebung einer grossen Hautfalte tief in das Unterhautzellgewebe des desinficirten Oberschenkels eingesenkt wird. Während das Blut ausgespritzt wird, ist die Massage in der unmittelbaren Umgebung, besonders am Endstück der Nadel, in Thätigkeit. Die zweite Spritze wird am anderen Oberschenkel entleert, damit an der injicirten Stelle die Massage nach beendigter Injection noch eine zeitlang fortgesetzt werden kann. Auf diese Weise kann man unbegrenzte Mengen von Blut dem Körper einverleiben. In einem Fall von schwerer Anämie infolge von Magenblutungen wurde auf einmal fast 1/2 Liter Blut subcutan an beiden Oberschenkeln injicirt, ohne dass wesentliche locale oder allgemeine Störungen eintraten.

Die subcutane Blutinjection hat vor der intravenösen den grossen Vorzug, dass sie sich bei directer Ueberführung des Blutes aus der Vene in das Unterhautzellgewebe leichter und mit weniger Assistenz jederzeit ausführen lässt. Ferner bleibt bei ihr die primäre Reaction des Gesammtorganismus (Frost, Temperatursteigerung etc.) aus. Dafür aber ist hier die Chloroformnarkose nothwendig und bleibt mehrtägige Schmerzhaftigkeit des ganzen Injectionsgebietes nach, die allerdings durch Eisblasen auf ein Geringes reducirt werden kann.

Für die Privatpraxis dürfte vor der Hand die subcutane Blutinjection die erste Stelle einnehmen.

C. Tomberg.

L. Pizzini: Tuberkelbacillen in den Lymphdrüsen Nichttuberculöser. (Zeitschrift für klin. Med. XXI. Bd. p. 329).

P. sucht in vorliegender Arbeit die Frage «Welchem Geschick geht der Koch'sche Bacillus entgegen, nachdem er die, durch das Epithelium gebildete Grenze überschritten?» — zu beantworten. Nachdem zuerst von französischen und englischen Autoren die Möglichkeit zugegeben worden, dass die Bacilien bis zu den Lymphdrüsen, besonders zu den Peribronchialdrüsen, gelangen könnten, ohne während ihres Ueberganges in die Schleimhaut sich zu vermehren, hat diese Ansicht später immer mehr Anhänger gefunden. So treten nach Ziegler unter gewissen Umständen die Bacillen sogleich

nach ihrem Eindringen in die Lungen in die Lymphgefässe und verursachen in erster Linie hier primär die Bildung von Granulationsknoten. Strümpell giebt diese Möglichkeit nur bei Kindern zu. Bollinger hat mehrfach an Leichnamen von Kindern, die an Masern gestorben waren, die Gegenwart von Tuberkelbacillen in den Lymphdrüsen der Lungenwurzeln constatiren können, obgleich diese Kinder vor der letzten Krankheit anscheinend völlig gesund und ohne jegliches Symptom von Tuberculosis gewesen. Aehnlich sprechen sich Eichhorst und Ziemssen aus. Ferner sind in den letzten fünf Jahren zahlreiche Fälle von in hohem Alter plötzlich mit mehr oder weniger offenbaren Symptomen von diffuser Tuberculosis gestorbenen Individuen berichtet worden, bei denen verkäste Lymphdrüsen gefunden wurden. Von Soomis sind nach P. ferner Impfungen mit Bronchialdrüsen anscheinend Nichttuberculöser erfolgreich ausgeführt worden. Um nun in dieser Frage weitere Resultate zu erzielen, hat P. eine Reihe diesbezüglicher Versuche unternommen. Das Impfmaterial entnahm er an acuten Krankheiten oder Unglücksfällen verstorbenen Personen, die natürlich keine Spur tuberculöser Infection zeigen durften. Aus dreissig gelungenen Versuchsreihen glaubt P. folgende Schlüsse ziehen zu dürfen. In Lymphdrüsen an acuten Krankheiten oder gewaltsamen Todes gestorbener Individuen hat er Tuberkelbacillen finden können und zwar in der starken Proportion von 42 pCt. Die Tuberkelbacillen können, wenn sie die Epithelialgrenze überschritten haben, unter gewissen Umständen zerstört werden, unter anderen bewirken sie primäre Tuberculosis der Drüsen, welche in der Folge allgemein werden kann, in den meisten Fällen aber verhalten sich die Bacillen in den Drüsen, namentlich der Bronchien, ihre Infectionskraft bewahrend, im Ruhezustand. Der Umstand, dass nach P's Untersuchungen fast nur in den Peribronchialdrüsen Tuberkelbacillen gefunden wurden, hängt nicht von ihrer Lage ab, da ja erwiesen, dass die eingeathmete Luft die häufigste Infectionsursache ist. P. glaubt nun im Gegensatz zu den modernen Hygienikern, dass den Infectionsquellen der Tuberculosis nicht allzu grosse Wichtigkeit beizulegen sei, um so grössere hingegen der Widerstandskraft der Gewebe, in Hinsicht der geradezu enormen Ubiquitat der Tuberkelbacillen. Für die Pathologie und Prophylaxis der Tuberculosis scheint ihm der crasische Zustand des Blutes von höchster Wichtigkeit. «Wenn diese Crase des Blutes sich alterirt, finden die bereits in den Drüsen eingenisteten Bacillen günstigere Bedingungen zu ihrer Entwickelung und zur Infection des ganzen Organismus. Auf diese Weise erklären sich Fälle von miliarförmiger Tuberculosis, die plötzlich am Ende chronischer, nicht tuberculöser Krankheiten, wie z. B. Bleichsucht und Diabetes auftreten.

H. Büttner.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Freiherr von Schrenck-Notzing: Die Suggestion bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung. Stuttgart, Ferd. Enke. 1892.

Die Lehre von der Entstehung der conträren Sexualempfindung hat im Laufe der letzten Jahre eine grosse Wandlung erfahren. Immer mehr und mehr werden Thatsachen und Ueberlegungen herangezogen, um zu beweisen, dass die c. S. keine angeborene Störung darstelle, sondern dass ihr Auftreten an zufällige Ereignisse und Erlebnisse anknüpfe. Das Buch des Herrn v. S. N. leistet nach dieser Richtung hin wirklich Verdienstliches. Es werden in demselben in ausführlicher Darstellung auf psychologischer Grundlage die angeborenen Bestandtheile, als Ursachen der c. S. ausgeschaltet und die «occasionellen Elemente», (Beispiel, Anblick etc.) die diese Anomalie bedingen gebührend berücksichtigt. Es ist bedauernswerth, dass Herr v. S.-N. dem Verdienste des nun verstorbenen grossen Forschers Meynert nicht in der Weise gerecht wird wie derselbe es verdiente, der als erster mit aller Entschiedenheit die oben geschilderte Anschauung vertrat. Herr v. S. N. kennt nur das Gutachten M. über die Gräfin Sarolta, denn er erwähnt dessen Darlegungen über genannten Gegenstand in den «klinischen Vorträgen über Psychiatrie» mit keinem Worte. Auf dem erwähnten Gedankengange beruht die eingeschlagene Heilmethode. Ist in der That die c. S. keine angeborene Störung, sondern zufälligen Ursprungs, so muss der Versuch gemacht werden, die von aussen an das Seelenleben des Menschen herantretenden Vorstellungen zu beseitigen. Kraft-Ebing und andere hatten schon früher in einzelnen Fällen zur Suggestivbehandlung gegriffen. Die meisten Fälle betrafen Individuen, deren Sexualvorstellungen unbestimmt hin und her schweiften (psych. Hermaphroditen nach K. E.) und bei denen man hoffen durfte ihr Geschlechtsleben in bestimmter Richtung zu festigen und zu stützen. Herr v. S.-N. wendet diese Heilmethode getreu dem geschilderten Grundsatze auf alle Fälle von c. S. an. Die Zahl der Heilungen berechnet er auf 37 pCt. (Die Gesammtziffer aller auf hypnot. Wege behandelten betrug 32). An sich würden diese Zahlen sehr ermuthigend sein, wenn es sich wirklich in diesen Fällen um eine dauernde und bleibende Veränderung des Empfindens handeln würde. Dazu erscheint die Beobachtungszeit nicht ausreichend genug, die in den meisten Fällen etwas mehr als ½ Jahr betrug und in einem sich über 2 Jahre und 7 Monate erstreckte. Ref. möchte blos wissen, ob Herr v. S. noch heute denselben Procentsatz von Heilungen aufrecht hält wie zur Zeit der Abfassung seines Werkes. Je aufmerksamer man sich in die Resultate dieser Methode vertieft um so mehr ist die Frage am Platze, ob eine Therapie zu rechtfertigen, deren Aufgabe darin besteht, Individuen mit einer krankhaften Richtung des Geschlechtslebens an einen geregelten Geschlechtsverkehr zu gewöhnen. Ref. hat diesen Abschnitt mit grossem Erstaunen gelesen und findet das Urtheil Rieger's nicht zu hart, der entrüstet fragt, muss denn wirklich jedes monstrum heirathen; Herr v. S. rechnet selbst den allergrössten Theil dieser Kranken zu den moralisch Schwachsinnigen und doch wird solchen die Ehe als Schutz vor Rückfällen etc. angerathen. Abgesehen von denjenigen, denen die Ehe empfohlen wird, werden anderen das Bordell oder ähnliche Aequivalente vorgegaukelt. Sollte es nicht dem moralischen Empfinden des Arztes besser anstehen die Abstinenz zu empfehlen, als seine schon ohnehin psychisch Kranken noch weiteren Gefahren wie der der Infection auszusetzen! (cf. p. 260) Auf die Gefahr hin eine Ketzerei auszusprechen meint Ref. es wäre im Interesse der Menschheit und des immerhin möglichen Nachwuchses besser, wenn derartige Individuen masturbiren oder diejenigen Praktiken betreiben zu denen sie früher oder später doch wieder zurückkehren. Endlich gesteht Ref., dass gerade die therapeutischen Resultate bei der Behandlung der c. S. ihn in der Ueberzeugung wankend gemacht haben, dass vor Allem die occasionellen Elemente bei der Entstehung derselben wirksam seien. Eine angeborene conträre Sexualvorstellung giebt es gewiss nicht, denn es giebt keine angeborenen Vorstellungen. Es giebt aber eine angeborene Anlage wahrzunehmen und Vorstellungen zu bilden («angeborener Verstand» nach Preyer). Es ist daher höchst wahrscheinlich, dass krankhaft Veranlagte, und um diese handelt es sich ohne Zweifel, alle Eindrücke und Vorstellungen von früh auf krankhaft verarbeiten, ohne dass man sich diese Art des Vorstellungsablaufs als Zwangsvorstellung zu denken braucht, wie Meynert es will. Diese krankhafte Art zu denken und die Eindrücke zu verknüpfen, ist angeboren und verhindert den Heilerfolg. Wenn auch unter dem Einflusse des Arztes eine vorübergehende Zustandsänderung nicht ausgeschlossen ist, so bedeutet dieselbe doch nichts mehr oder weniger als wenn ein chronisch Verrückter zeitweilig seine Wahnideen aufgiebt um sie bei der ersten Gelegenheit von Neuem aufzunehmen und weiter zu verarbeiten.

Behr—Riga.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

16. December 1892.

Dr. Kieseritzky demonstrirt eine Cylinder-Influenzmaschine (Patent Gläser, Wien). Dr. Kieseritzky führt als wichtige Vortheile der Gläser'schen Maschine an: a) Unabhängigkeit vom Feuchtigkeitsgehalt der Luft; b) längere Gebrauchsfähigkeit; c) ein Umspringen der Pole finde bei Ableitung der entgegengesetzten Electricität zum Erdboden oder bei Application des electrischen Luftbades nicht statt und d) sei die Maschine relativ billig und erfordere keinen theueren Zubehör. Zum Schluss findet die Demonstration des electrostatischen Luftbades, der Spitzen- und Funkenwirkung statt. Die Schlagweite der Maschine betrug 13 cm.

Dr. M. Schönfeldt. Ein Fall von Purpura haemorrhagica (variolosa?). Wladimir S. 39 a. n. wegen Dementia secund. seit dem 29. Juni 1892 in der Anstalt Rothenberg; körperlich bis zum 12. December 1892 bei normalem Appetit und Schlaf ganz gesund, — soweit man das bei dem apathisch-schwachsinnigen Kranken constatiren konnte. Am 13. December c. fühlte sich Pat. nach einer schlaflos verbrachten Nacht «wie zerschlagen» und blieb zu Bett. Leicht geröthetes Gesicht, Kopfweh, Appetitlosigkeit und — wie es schien — recht heftige Schmerzen, die in den Unterleib verlegt wurden. Kein Fieber, normaler Puls, ruhige Respiration.

15. December wiederum in Folge «heftiger Schmerzen im Unterleib» schlaflose Nacht. Pat. windet sich heute stöhnend auf seinem Lager hin und her, die Beine so krampfhaft an den Leib gezogen, dass dieselben erst nach einer Morphiuminjection vom Kinn entfernt werden können.

Haemorrhagien in der Conjunct. bulbi beiderseits. das Gesicht geröthet, leicht oedematös, die Zunge zeigt sehr dicken, weissen Belag, foetor ex ore. In der Unterbauch- und Leistengegend, wie auch an der Innenfläche beider Oberschenkel massenhafte, stecknadelkopf-, hanfkorn- und erbsengrosse blaurothe Petechien, die nicht über das Niveau der Haut hervorragen und dieser ganzen Partie ein gesprenkeltes Aussehen verleihen. Gesicht, Brust und Rücken frei, an den Streckseiten beider Arme flächenhaft ausgebreitete, zusammenhängende Blutaustritte von röthlich-blauer Verfärbung, an der Innenfläche der Arme und den Unterschenkeln nur vereinzelte linsen- bis erbsengrosse Blutaustritte. Kein Fieber. nicht wesentlich alterirter Puls. Keinerlei Blutungen aus Nase, Mund etc.

Im Hinblick auf die eventuell nothwendig werdende Isolirung (Variola?) des Kranken, wird behufs Sicherstellung der Diagnose Dr. Hampeln sofort herausgebeten; derselbe spricht sich für morbus maculosus Werl. aus.

Im Laufe des 15. Decembers kommen noch zahlreiche Petechien in der Kreuzgegend und an den Beinen hinzu, welche stellenweise zu haselnussgrossen Flecken confluiren; vereinzelte Blutaustritte verschiedener Grösse auch auf der Brust, dem Rücken, zahlreicher in der regio sacralis und glutaea, während das Gesicht frei bleibt. Hochgradige Schlingbeschwerden, doch ist eine eingehende Untersuchung bei dem Widerstand des schwachsinnigen Kranken unmöglich.

Sensorium frei, Temperatur normal (37.2), Puls 90, weich. Respiration — vielleicht durch heftige Schmerzen bei der geringsten Bewegung — etwas beschleunigt. fühlt sich aber sonst (wohl nach Morphiumwirkung) gegen Abend etwas wohler. Urin eiweisshaltig.

In der Nacht auf den 16. December Tod.

Section 10 h. p. m. Auf der Körperoberfläche das oben geschilderte haemorrhagische Exanthem und ausgebreitete flache dunkelblaue Extravasate an den Armen (Demonstration diesbezüglicher Hautstücke, sowie einiger Organe). Vereinzelte Blutaustritte in die Intercostalmuskulatur und das subcutane Bindegewebe. In den Tonsillen Haemorrhagieen. Die Lungen durch ältere Adhäsionen mit der Brustwand verwachsen. Im Herzen durchweg flüssiges Blut, keine Spur von Gerinnseln. Klappenapparat intact. Herzfleisch graubraun, sonst keine auffallenden Veränderungen. Beide Lungen auf dem Durchschnitt dunkelroth, es entleeren sich reichliche Mengen dunkelrother, schaumiger Flüssigkeit; der Pleuraüberzug lässt sich stellenweise von der Lungenoberfläche ganz leicht in grösserer Ausdehnung abziehen.

Milz fest, derb (L. 10, Br. 6. D. 3,5 cm.), auf dem Durchschnitt glänzend. Wallnussgrosser Blutaustritt in das Zellgewebe des Hilus der rechten Niere. Kapsel beiderseits leicht abziehbar (13, 6, 4 resp. 3.5 cm.), beiderseits parenchymat. Trübung geringen Grades, ebenso wie an der Leber (23, 19, 6 cm.); Galle dunkel, zähflüssig.

Im Magen zahlreiche Ekchymosen; kaffeesatzartiger, flüssiger Inhalt (mit conc. Essigsäure und Aetherausschüttelung Blutbestandtheile nachgewiesen); in dem Mesenterium vereinzelte Extravasate, in der Darmwand selbst aber, ebenso wie in dem Parenchym der übrigen Organe der Bauchhöhle keine Blutaustritte. Dieselben fehlen auch im Gehirn, welches auch sonst keinen auffallenden Befund darbietet.

Dr. Hampeln glaubt in vorliegendem Falle die erste Auffassung eines Morbus Werlhoffii aufgeben und sich für die Variola-Purpura entscheiden zu müssen. Die Thatsache des rasch eingetretenen Todes ohne genügenden, seinen frühen Eintritt erklärenden Sectionsbefund ist ein so wichtiges Argument zu Gunsten der Variola, dass alle anderen diagnostischen Skrupel in Folge der Fieberlosigkeit des Verlaufes, der fehlenden Kreuzschmerzen etc. schweigen müssen. Uebrigens erschwerte der Geisteszustand des Kranken die genaue Ermittelung subjectiver Beschwerden und kann auch die Fieberlosigkeit nicht mit Bestimmtheit behauptet werden, da eine Axelhöhlenmessung vorgenommen wurde, welche nicht genügend zuverlässig ist. Endlich kann es ja auch sehr wohl sein, dass die Variola purpurosa auch einmal ohne Fieber verlaufe.

Dr. Schmidt giebt an, keinen Fall von Purpura variolosa selbst beobachtet zu haben, doch habe er sich aus der Literatur überzeugt, dass bei derselben das Fieber in der Regel fehle.

Dr. Schönfeldt. Vor dem Ausbruche der Erkrankung hätte der Patient weder in seinem Benehmen. noch in Bezug auf Appetit und Schlaf irgend welche Veränderungen gezeigt, die auf das Vorhandensein von Fieber hingewiesen hätten, so dass kein Anlass vorgelegen die Temperatur zu messen.

Dr. Krannhals: Ueber «Maladie pyocyanique».

Dr. Krannhals giebt ein zusammenfassendes Referat über die bisher mitgetheilten Fälle von wahrscheinlicher Allgemeininfection mit Bacillus pyocyaneus, der «Maladie pyocyanique» beim Menschen.

Die in der Lit[illegible]rgelegte Casuistik beschränkt sich bislang au[illegible]lers, eine von Neumann, [illegible] von Karlinski. Die Krankheitsfälle zeichneten sich fast alle durch besondere Eigenthümlichkeiten aus. welche es gegebenen Falles wohl ermöglichen könnten, die Diagnose schon intra vitam zu stellen. Es handelt sich im Wesentlichen um eine unter schweren nervösen Erscheinungen einsetzende fieberhafte Erkrankung: acuter Beginn, hochgradige Prostration, Benommenheit des Sensoriums, lebhafte Temperatursteigerung, baldiges Auftreten von Durchfällen, endlich als das am meisten charakteristische. aber nicht in allen Fällen beobachtete Symptom, eine ekthyma-ähnliche Hautaffection — Pusteln, die sich bald zu Blasen umbilden, diese platzen und hinterlassen ein nekrotisches Hautgeschwür mit hämorrhagisch infiltrirten Rändern. In günstig verlaufenden Fällen heilen diese Geschwüre bald wieder. Sie können in mehreren wiederholten Schüben auftreten. In den tödtlich endenden Fällen fand man eine acute Enteritis und Milztumor. Der Bacillus pyocyaneus wurde im Inhalte der Ekthymapusteln, im Blut, Milzsaft etc. nachgewiesen.

Die Maladie pyocyanique des Menschen gehört in das grosse Gebiet der septischen Erkrankungen und kann sowohl scheinbar spontan, als sog. kryptogenetische Septikaemie von einer unbekannten Invasionspforte aus ihren Anfang nehmen, als auch sich an die Infection einer äusseren Wunde mit Bacillus pyocyaneus anschliessen.

Ref. hat einen Fall letzterer Art zu Beginn des Jahres 1890 im Stadtkrankenhause zu Riga secirt und über denselben bereits kurz in einer Arbeit über die Influenza-Epidemie zu Riga berichtet. Dieser Fall erfuhr jedoch erst später eine richtige Deutung, als die oben citirten Fälle (im Laufe der Jahre 1890 und 1891) bekannt wurden.

Es handelte sich um einen 20jährigen Mann, bei dem sich im Anschluss an eine Rippenresection wegen Pleuraempyems nach anstandslosem Heilverlaufe am 28. Tage wieder Fieber einstellte, Durchfälle, Benommenheit des Sensoriums, hochgradiger Kräfteverfall, Tod nach 11 Tagen. Bei der Section fand Ref. einen braungrünen schmierigen Belag in der rechten Pleurahöhle, eitrige Mediastinitis, Pericarditis, hochgradige z. Th. hämorrhagische Enteritis mit Schwellung der Plaques und Follikel, acuten Milztumor. Im Eiter des Mediastinums, dem Pericardialexsudat und in der Milzsubstanz wurde Bacillus pyocyaneus (genauer pyofluorescens) in vollkommener Reinheit durch das Plattenverfahren konstatirt.

Eine ausführlichere Publication dieses Falles soll erfolgen.

Dr. Schabert fragt an, wie die Maladie pyocyanique vom Pemphigus acutus, mit dem sie offenbar viel Aehnlichkeit habe, zu unterscheiden sei.

Dr. Krannhals erwiedert, dass die bakteriologische Untersuchung ein sicheres Unterscheidungsmittel biete und Dr. Deubner fügt hinzu, dass die Blasen und der Blasengrund bei Pemphigus acutus ein anderes Aussehen haben und bei demselben nicht so schwere Allgemeinerscheinungen vorkommen.

Z. Z. Secretär: C. Dahlfeld.

Vermischtes.

— Wie die «N. Dörptsche Ztg.» erfährt, ist der Professor der speciellen Pathologie und Therapie, Dr. Wassiljew, welcher noch kein Jahr an der Universität Jurjew (Dorpat) docirt, an Stelle des Professors Dr. G. Dragendorff zum Decan der dortigen medicinischen Facultät für das nächste Quadriennium ernannt worden.

— Zum Professor der Kinderkrankheiten an der Universität Kasan ist Dr. Argutinski-Dolgorukow ernannt worden.

— Verstorben: 1) Am 5. Mai in Hapsal der Senior unter den dortigen Badeärzten. Hofmedicus wirklicher Staatsrath Dr. Carl v. Hunnius, im Alter von mehr als 68 Jahren an Apoplexie. Der Verstorbene war in Hapsal, wo sein Vater ebenfalls Arzt war, geboren und widmete sich nach Absolvirung des Revalschen Gymnasiums dem Studium der Medicin an der Dorpater Universität (von 1845—51), welches er im letztgenannten Jahre mit dem Doctorgrade absolvirte. Von 1851—72 bekleidete H. den Posten des Wiekschen Kreisarztes in Hapsal und war seit 1872 als praktischer Arzt ebendaselbst thätig. Als Badearzt hatte er eine ausgebreitete Praxis unter dem dortigen Badepublicum und wurde wiederholt bei den Kuren, denen sich Glieder der Kaiserlichen Familie in Hapsal unterzogen, als consultirender Arzt hinzugezogen. In Folge dessen wurde Dr. C. Hunnius im J. 1881 zum Ehrenhofmedicus ernannt und erhielt im Laufe der Zeit 9 Brillantringe als Kaiserliche Gnadengeschenke. Um den Ruf Hapsals als Badeort hat er sich durch verschiedene Schriften, die in mehreren Sprachen erschienen sind, verdient gemacht. Nachdem er i. J. 1871 die Güter Weissenfeld und Pergel in Ehstland käuflich erworben, schränkte er seine Praxis in Hapsal bedeutend ein und widmete sich, ohne seinem Berufe untreu zu werden, mit Interesse auch der Landwirthschaft und hat sich namentlich auf dem Gebiete der Pomologie durch seine praktischen Erfolge und werthvollen Artikel über die Obstzucht einen Namen erworben. Auch für die Sache der Volksbildung

ist der Heimgegangene unermüdlich thätig gewesen, indem er eine von seinem Vater in Hapsal gegründete estnische Schule nicht nur mit grossen Opfern fortführte, sondern auch bedeutend erweiterte. 2) Am 6. Mai zu St. Petersburg der frühere Ehrenhofmedicus, wirkl. Staatsrath Dr. Gustav Hemilian, am Herzschlage. Einen ausführlicheren Nekrolog bringen wir nächstens. 3) In Warschau der Ordinator des dortigen Kindlein-Jesu Hospitals Felix Woicikiewicz, welcher i. J. 1866 den Arztgrad erlangte. 4) In Wilna der Oberarzt am dortigen St. Jakobs-Hospital und Director der Hebammenschule, Staatsrath Dr. Adolph Majewski, im 67. Lebensjahre. Der Verstorbene stammte aus Kowno und hatte seine medicinische Ausbildung auf der Universität Dorpat erhalten, wo er von 1852–57 studirte und im letztgenannten Jahre zum Dr. Med. promovirt wurde. 5. u. 6) die in Reserve des Militär-Medicinalressorts stehenden Aerzte A. Archangelski u. M. Klotschkowski. 7) In Abazzia der Prof. honor. Dr. Ludwig Markusowszky im 77. Lebensjahre. Der Verstorbene war Gründer und 30 Jahre hindurch Redacteur der in Budapest erscheinenden ungarischen medicinischen Wochenschrift «Orvosi Hetilap», welches ein Organ für die in- und ausländische Medicin und pathologische Forschung ist. 8) Am 8. Mai in Kronstadt der jüngere Schiffsarzt der 5. Flottenequipage, Dr. Hans Jessen, an den Folgen der Influenza. Am 28. Juni 1857 zu Dorpat als Sohn des ehemaligen Directors des dortigen Veterinär-Instituts geboren, besuchte der Hingeschiedene das Gymnasium seiner Vaterstadt und bezog im Jahre 1875 die Universität Dorpat, an welcher er bis zum Jahre 1882 Medicin studirte. Nach Vertheidigung seiner Dissertation «Beitrag zur Entwickelungsgeschichte der Epithelialkrebse» wurde Jessen im J. 1883 in Dorpat zum Doctor medicinae promovirt und fungirte dann als Prosector-Gehülfe am pathologischen Institut der Dorpater Universität bis zum Jahre 1885, wo er in den Marine-Medicinaldienst in Kronstadt trat. Als Schiffsarzt nahm er auch vor einigen Jahren auf einem Kriegsschiff an einer Expedition in den Stillen Ocean, Japan etc. Theil. Jessen war ein fleissiger, strebsamer Arzt, der durch sein schlichtes, liebenswürdiges Wesen bei Allen, die ihn gekannt haben, in gutem Andenken bleiben wird.

— Die ungarische Academie der Wissenschaften hat die Professoren Dubois-Reymond (Berlin) und Lister (London) zu auswärtigen Mitgliedern gewählt.

— Der bekannte Gynäkologe, Prof. Dr. Gustav Veit, Director der gynäkologischen Klinik der Bonner Universität, beabsichtigt wegen vorgerückten Alters, seine Lehrthätigkeit aufzugeben. Prof. Veit ist i. J. 1824 geboren und seit 1864 Ordinarius in Bonn.

— Zum Rector der Universität Klausenburg ist für das Lehrjahr 1893/94 der auch im Auslande bekannte Professor der Chirurgie, Dr. Josef Brandt gewählt worden.

— A. Loir, ein Neffe und Schüler Pasteur's ist zum Director des neuen bakteriologischen Instituts in Sydney (Neusüdwales in Australien) ernannt worden. Loir hatte dieses Institut, welches jetzt zu einer Staatsanstalt erhoben ist, vor 5 Jahren aus seiner privaten Initiative errichtet. (A. m. C.-Ztg.)

— Wie gross die Nachfrage nach Aerzten jetzt ist, dafür spricht der Umstand, dass die Tscherepowez'sche Landschaft (Gouv. Nowgorod) im Laufe von 6 Monaten für zwei vacante ärztliche Bezirke keine Aerzte für eine Gage von 1200 Rbl. jährlich hat finden können. Die Landschaftsversammlung hat sich daher genöthigt gesehen, den Aerzten, welche die beiden vacanten Stellen übernehmen wollen, für die 6 Sommermonate 250 Rbl. monatlich zu bieten, unter der Bedingung, dass dieselben nach Ablauf dieses Termins in ihren Bezirken für eine Gage von 1200 Rbl. jährlich weiter dienen. Die drei Aerzte dieser Landschaft aber, welche im Laufe des letzten halben Jahres ausser ihren eigenen Rayons auch die vacanten haben besorgen müssen, sind auffallender Weise bei ihrer früheren Gage (100 Rbl. monatlich) belassen worden.

— Der bekannte Hungerkünstler Dr. Tanner hat in London durch einen Sturz aus dem Fenster eines Hotels seinem Leben ein Ende gemacht. Ueber das Motiv des Selbstmordes ist noch nichts bekannt.

— In Berneck (Bayern) ist der dortige Bezirksarzt Dr. Jos. Sack, ein in seinem Bezirk hochgeachteter und beliebter Beamter und Arzt, ein Opfer seines Berufes geworden. Er wurde von einem soeben aus dem Gefängniss entlassenen Kurpfuscher Schmidt, einem Bader, dem auf Veranlassung Dr. Sack's die Approbation entzogen worden war, erschossen.

— Baron Nathanael Rothschild hat seine prachtvolle Schlossbesitzung Hinterleithen bei Reichenau dem deutschen Verein zur Errichtung einer klimatischen Heilanstalt für arme Brustkranke geschenkt. (A. m. C.-Ztg.)

— Die Zahl der Taubstummen in Russland beläuft sich nach der letzten Zählung auf 56,000 Personen, es kommt also auf 1800 Einwohner ein Taubstummer. Die meisten Taubstummen finden sich in den gebirgigen Gegenden.

— Der III. Congress zur Erforschung der Tuberculose wird in diesem Jahre vom 27. Juli bis 2. August n. St. in Paris unter dem Vorsitz Prof. Verneuil's stattfinden.

— Die V. Versammlung der «Vereine deutscher Sprache für Reform des Bestattungswesens und facultative Feuerbestattung» hat einen Preis von 500 Mark für die beste medicinisch-hygienische Arbeit über die Feuerbestattung ausgesetzt. Die Bewerbungsarbeiten sind bis zum 31. Januar 1894 an den Vorsitzenden, Dr. Eduard Brackenhoeft in Hamburg, Neuer Wall 10, einzusenden.

— Das Stadthaupt von Odessa, G. Marasli, hat für das dortige evangelische Hospital 5000 Rbl. zur Beendigung des Baues der weiblichen Abtheilung gespendet.

— Die Gebrüder P., A. und W. Bachruschin in Moskau haben zu dem i. J. 1890 von ihnen gespendeten Kapital im Betrage von 350,000 Rbl. zur Errichtung eines Asyls für unheilbare Kranke neuerdings noch 50,000 Rbl. hinzugefügt.

— In St. Petersburg ist vor Kurzem ein gewisser Salesski für unerlaubtes Kuriren vom Friedensrichter zu einer Geldstrafe im Betrage von 15 Rbl. verurtheilt worden. Bei einer unerwartet vorgenommenen Haussuchung hatte die Polizei in seinem Quartier ein ganzes Laboratorium vorgefunden.

— Bis zum 15. Mai sollen die gegenwärtig neu zu formirenden 25 Sanitätscolonnen für St. Petersburg fertig sein und dann sofort die Besichtigung der Stadt beginnen. Jede Colonne wird aus einem Sanitätsarzte, einem Techniker und zwei Sanitätscuratoren bestehen.

— Das neueste officielle Bulletin über den Stand der Choleraepidemie in Russland bringt nur Nachrichten über das Ssaratowsche Gouvernement, wo vom 11.—17. April 3 Personen erkrankt und 2 Personen an der Cholera gestorben sind. Im Gouv. Orel und Ufa wird die Epidemie als erloschen betrachtet.

— Die Influenza ist in letzter Zeit in St. Petersburg wieder in bemerkbarer Weise aufgetreten; ebenso in Kronstadt, wo Dr. Hans Jessen in der vorigen Woche ein Opfer derselben geworden ist. Aus Moskau werden ebenfalls Todesfälle an Influenza gemeldet. In Paris und Stockholm hat die Seuche erheblich nachgelassen, während in London und Kopenhagen keine wesentliche Abschwächung der Influenza zu bemerken ist.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 8. Mai d. J. 6322 (46 weniger als in der Vorw.), darunter 190 Typhus — (9 mehr), 542 Syphilis — (15 weniger), 76 Scharlach — (= Vorw.) 10 Diphtherie — (4 weniger) 12 Masern — (3 weniger und 18 Pockenkranke — (6 weniger als in der Vorw.).

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Dmitrijew (Gouv. Kursk). Geh. 1200 R. und freie Wohnung. 300 R. sind für die Amtsfahrten des med. Personals des Bezirks bestimmt. Adresse: «Дмитріевская Земская Управа».

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Lukojanow (Gouv. Smolensk). Gehalt 1200 u. 300 R. Quartiergeld. Adresse: «Лукояновская Земская Управа».

3) Landschaftsarztstelle im Kreise Duchowschtschina (Gouv. Smolensk) Geh. 900 R. und freie Wohnung. Adresse: «Духовщинская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 2. bis 8. Mai 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
331	282	613	104	56	91	14	5	13	52	62	59	59	47	33	14	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 7, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 5, Scharlach 16, Diphtherie 4, Croup 5, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 50, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0.

Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 104, Tuberculose anderer Organe 7, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 43, Marasmus senilis 24, Krankheiten des Verdauungscanals 45, Todtgeborene 24.

Franzensbad. Heilanzeigen: Blutarmuth, fehlerhafte Blutmischung, allgemeine Ernährungsstörungen, chronische Catarrhe sämmtlicher Schleimhäute, Verdauungsschwäche und chronische Stuhlverstopfung. Chronische Nervenkrankheiten. Chronischer Rheumatismus, Gicht. Chronische Exsudate, Frauenkrankheiten.

Bad Ems. Indicationen: Chronisch-katarrhalische und entzündliche Zustände der Schleimhäute und der anderen Gebilde der Athmungsorgane, von der Nase und dem Halse bis zu den feinsten Bronchien. Dieselbe Erkrankung des Magens, des Darms und seiner Anhänge, der Gallengänge und Blase, der Nieren und Harnblase mit Gries und Steinleiden, Etweiss- und Zuckerbildung im Urin, Uebersättigung des Körpers mit Harnsäure, Gicht, chronischer Rheumatismus, Katarrh, chron. Entzündung und Anschoppung der weiblichen Organe und ihre mannigfachen Folgen für das Blut und Nervenleben, Sterilität u. s. w. Nervöse Leiden verschiedener Art, besonders mit dem Charakter gesteigerter Erregbarkeit, Reconvalescenz nach Lungen-, Rippenfell- etc. Entzündungen, Folgen der Influenza u. s. w. Die günstigen Erfolge unserer Quellen und Producte, Pastillen pp. bei der von Neuem herrschenden Influenza erwiesen sich durch den anhaltend steigenden Begehr.

Kurort Salzbrunn, Schlesien. Heilbewährt bei Erkrankungen der Athmungsorgane und des Magens, bei Scrophulose, Nieren und Blasenleiden, Gicht, Hämorrhoidalbeschwerden und Diabetes.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

- **E. van der Vliet,** Прядильный переулокъ, д. № 8, кв. 21.
- **Friederike Karlowna Simbill,** Вас. Остр. 14 л. № 51.
- Fr. **Amalie Schulse,** Офицерская 55/17, кв. 93.
- Frau **A. Wiander,** Вас. Остр. 7 л. д. 6, кв. 6.
- **Schwester Elise Tennison,** Большая Садовая, д. 9, кв. 36.
- Frau **Marie Kubern,** Мойка 84, кв. 19
- **Sophie Jordan,** Вас. Остр., 10 лин. д. 11 кв. 9.
- **Antoinette Lücke,** Невскій пр., 32/34, кв. 13.
- **Ольга Кондратьева,** Пески 3-я улица, д. 18/6, кв. 9.
- **Pauline Gebhardt,** Вас. Остр. М. просп. № 5, кв. 18.

Дозв. ценз. Спб. 14 Мая. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 21 St. Petersburg, 22. Mai (3. Juni) 1893

Berichtigung. Die in der Arbeit des Herrn Dr. Butz (cf. diese Wochenschr. Nr. 20) abgebildeten Kohlrübenplatten entsprechen nicht, wie irrthümlich unter der Zeichnung angegeben, der natürlichen, sondern nur etwa der halben Grösse der thatsächlich angewandten Platten. Die Redaction.

Die Salzsäure des Magensaftes in diagnostischer Hinsicht mit spec. Berücksichtigung der Atonie des Magens.

Vortrag gehalten am 3. Febr. 1893 im ärztl. Verein zu Riga.

Von

Dr. R. v. Engelhardt.

M. H. Es bedarf heutzutage fast einer Entschuldigung, wenn man die Frage nach der Bedeutung der Salzsäure im Mageninhalt für die Diagnose der Magenkrankheiten einer Besprechung unterziehen will. Es ist so unendlich viel darüber geschrieben und gestritten worden und das Resultat dieser jahrelangen Arbeit scheint Vielen darin zu bestehen, dass die ganze Frage sich vom Boden der praktischen Medicin losgelöst hat, an actuellem Interesse verloren hat und sich in das Gebiet der grauen Theorie verirrt hat.

Viele neue Methoden zur quantitativen Bestimmung der Salzsäure, von denen die neueste immer den Anspruch erhebt die chemisch exacteste zu sein, erschweren sowohl die Arbeit, wie auch nur die Orientirung auf diesem Gebiete und verlangen besonders in der Beurtheilung der Resultate untereinander die vorsichtigste Kritik.

Es schien mir daher der Mühe werth, in dem mächtig angewachsenen Material das meines Erachtens praktisch Brauchbare auszuscheiden und Ihnen, m. H. zur Discussion vorzulegen. Die verschiedenen theoretischen Gesichtspunkte will ich nur soweit berühren, als der Zusammenhang des Ganzen solches erfordert. Meine Absicht ist, Ihnen den Beweis zu liefern, dass die «Salzsäurefrage» doch noch ein Recht darauf hat, einen wesentlichen Bestandtheil in der Diagnose der Magenkrankheiten auszumachen, obgleich sie nicht die ausschlaggebende Bedeutung früherer Zeiten besitzt.

Schon seit geraumer Zeit erhob sich von verschiedenen Seiten ein Widerspruch gegen die frühere Art der Salzsäurebestimmung, die ihre wesentliche Aufgabe darin sah, den Gehalt des Mageninhaltes an freier Säure procentual zu berechnen. Es sollte vor Allem die Gesammtsalzsäure d. h. die an organische Substanzen gebundene plus der überschüssigen (freien) Salzsäure ermittelt werden. Ja, die Bestimmung der überschüssigen Säure allein sollte durchaus werthlos sein, weil sie für das Verdauungsgeschäft gleichgültig sei. Letzteres ist nun von Martius und Lüttke[1]) u. A. treffend widerlegt worden.

Es handelt sich doch bei der chemischen Prüfung des Mageninhaltes um die Frage: Welcher Bestandtheil derselben giebt mir einen zahlenmässigen Ausdruck für die secretorische Leistungsfähigkeit des Organs? Ich sage nicht: für die Verdauungsarbeit, denn diese wird ebenso durch die Motilität und Resorptionsverhältnisse des Magens bedingt.

Dieser Bestandtheil scheint aller Wahrscheinlichkeit nach die Salzsäure zu sein, denn bei ihrer Anwesenheit finden sich auch alle andere Verdauungsfermente im Magensafte. Die auf den Reiz der Ingesta ausgeschiedene Salzsäure bindet die Eiweisskörper der Ingesta; ist dieser Act beendigt, so ist sie als überschüssige oder freie Säure nachweisbar. Es scheint nun ein durchaus berechtigter Schluss, dass bei einheitlichem physiologischem Reiz (Ewald's Probefrühstück) und Einheitlichkeit der Expressionszeit die Zahlenwerthe der organischen Salzsäureverbindungen plus der überschüssigen Säure — d. h. der secernirten (ich bediene mich der Martius'schen Terminologie) HCl einen brauchbaren Maasstab für die Secretionstüchtigkeit der Magenschleimhaut ergeben müssen. Daher auch die Forderung, es soll der Procentgehalt des Mageninhaltes an secernirtes HCl. berechnet werden.

Die neueste Methode, diesen Werth zu berechnen, ist die von Lüttke[2]). Sie ist im Princip nicht widerlegt worden und scheint bei den meisten Autoren Anerkennung zu finden. In allerneuester Zeit hat Rosenheim[3])

[1]) Martius und Lüttke: Die Magensäure des Menschen Stuttgart 1892.
[2]) l. c.
[3]) Rosenheim. Ueber die Anwesenheit von NH_4Cl. im Mageninhalte. — Centralbl. f. klin. Med. 39. 1892.

dagegen gefunden, dass den von Lüttke ermittelten Werthen doch ein Fehler von etwa 10 pCt. anhafte. Wir können das ruhig mit in den Kauf nehmen! — Für die Praxis ist die Methode doch recht zeitraubend, es wäre daher wünschenswerth, einen bequemer zu eruirenden Factor zu finden.

Ist überschüssige Säure überhaupt vorhanden, so lässt sich diese quantitativ nach der Mintz'schen Methode sehr einfach berechnen. Haben wir aber in dem gefundenen Werth einen gleich brauchbaren Factor, wie in den durch das Lüttke'sche Verfahren gewonnenen Zahlen?

Man sollte meinen, dass 300 Ccm. Thee und 30 gramm Semmel doch zur Sättigung stets die gleiche Menge Salzsäure verbrauchten, so dass der überschüssige Salzsäurerest uns einen ebenso sicheren Anhaltspunkt zur diagn. Beurtheilung bieten müsste, wie dieser Rest plus der zur Sättigung nothwendigen constanten HClmenge. Leider ist aber dieses Quantum kein constantes, denn die Bindungs- und Sättigungsverhältnisse zwischen HCl einerseits und Albumin, Syntonin, Propepton und Pepton andrerseits sind sehr complicirte[4]); es handelt sich da um lockere und feste Bindungen, die entschieden dafür sprechen, dass die Menge der gebundenen HCl bei gleichbleibender Albuminmenge doch verschieden sein kann je nach Temperatur- und Motilitätsverhältnissen im Magen.

Hieraus folgt nun, dass die überschüssige HCl. uns keinen absolut sicheren Maasstab für die secretorische Leistungsfähigkeit des Organs bietet.

Eine einfache Erwägung zeigt uns aber, dass auch die Bestimmung der secernirten HCl. obiger Forderung nicht entspricht.

Während die Schleimhaut des Magens eine Stunde lang Magensaft secernirt, resorbirt sie zugleich und die Musculatur des Magens sorgt für die Fortschaffung des Chymus in den Darm. Ein grosser Theil der secernirten HCl ist bereits in Verbindung mit Peptonen resorbirt oder in den Darm geführt — also ist auch die Bestimmung des Restes der secernirten HCl, der sich noch im Magen befindet nicht das Maass für die geleistete secretorische Arbeit. Solange wir noch nicht in der Lage sind, im exprimirten Mageninhalt zahlenmässig Speisebrei und Magensaft zu trennen und zahlenmässig Motilität u. Resorptionsverhältnisse zu bestimmen, solange bleiben die Procentziffern für die secernirte HCl — relative Werthe, die mit der grössten Vorsicht verwerthet und stets in Relation zur Motilität und Resorption gesetzt werden müssen.

Daher scheint es mir doch berechtigt die Werthe für die überschüssige HCl — die eben auch relative sind — untereinander zu vergleichen und vorsichtig zur Diagnose zu verwerthen.

Es entsteht nun eine gewisse Schwierigkeit für die Fälle, in welchen keine überschüssige HCl eine Stunde nach dem Probefrühstück nachweisbar ist. Eine HCl secretion kann sehr wohl dabei stattgefunden haben, ja sogar in allen Carcinomfällen, die von Martius u. Lüttke untersucht wurden, fand sich ein geringer Procentsatz an Eiweiss gebundener HCl.

Wie soll nun hierbei die als Vergleichswerth brauchbare Zahl gefunden werden? — In allen Fällen von Mageninhaltsuntersuchung wird nach Entfernung der organischen Säuren die Gesammtacidität bestimmt und diese Zahl giebt dann einen Factor, der in Fällen von «HCl-mangel» doch zur Vergleichung herangezogen werden kann.

Die Untersuchung ist eine einfache: 10 Ccm. unfiltrirter Mageninhalt werden mit $^{1}/_{10}$ Normalnatronlauge so lange versetzt, bis die Phoroglucin-Vanillinreaction ausbleibt. Die Zahl der verbrauchten Ccm $^{1}/_{10}$ Normalnatronlauge mit 10 multiplicirt giebt die Aciditätsziffer für überschüssige HCl. Dann wird Phenolphtalein zugesetzt und weiter titrirt, bis neutrale Reaction eintritt. Die verbrauchte Gesammtmenge $^{1}/_{10}$ Normalnatronlauge mit 10 multiplicirt giebt die Gesammtacidität.

Die beiden erhaltenen Zahlenwerthe genügen in den meisten Fällen, um als relativer Maasstab der secretorischen Leistungsfähigkeit des Organs zu gelten.

Leider ist es jetzt an der Tagesordnung nach neuen Methoden der Salzsäurebestimmung zu suchen und dabei wird scheinbar ganz vergessen, dass wir es auch bei der exactesten chemischen Prüfung nur mit untereinander vergleichbaren Zahlen zu thun haben. Wir wären längst weiter gekommen, wenn eine, wenn auch nicht vollkommen chemisch exacte Methode in all' den Untersuchungen angewandt worden wäre — die jetzt mit den verschiedensten Methoden ausgeführt werden. Die Zahlen sind einfach für sich genommen werthlos.

Aus dem oben angeführten Grunde ist auch die Behauptung Geigel's falsch: «jede procentuale HClbestimmung sei zwecklos — es müsse die absolute Menge im vollständig ausgeheberten Mageninhalt nachgewiesen werden»[5]). Geigel vergisst dabei, dass der Magen doch bereits einen Theil der secernirten HCl fortgeschafft und resorbirt hat und dass Motilität und Resorptionsverhältnisse die absolute Zahl vielleicht noch stärker beeinflussen, als die relative, d. h. Procentzahl. Auch Ewald[6]) leugnet die grosse Bedeutung, die Geigel der absoluten Zahl beimisst. Aber einen nicht zu unterschätzenden Factor bieten die Untersuchungen Geigel's in der Beziehung dar, dass mit Hülfe einer einfachen Methode die Gesammtmenge des Mageninhaltes gemessen werden kann, nachdem das bekannte Probefrühstück vor einer Stunde eingenommen wurde. Wiederum muss man sich darüber klar sein, dass es drei Factoren sind, die die Grösse dieser Zahl bedingen d. h. die Anzahl von Ccm. Mageninhalt — und dass wir leider nur eine Zahl erhalten! — Motilität, Resorption und Secretion bedingen auch die Menge des Mageninhaltes! —

Nehmen wir als Beispiel, dass die Expression und Ausspülung nach Geigel's Methode uns 300 Ccm. Mageninhalt eine Stunde nach dem Probefrühstück ergiebt. Was können wir aus dieser Zahl folgern? Garnichts, wenn wir nicht wissen, wie hoch der HCl-gehalt ist! Setzen wir den einfachsten Fall: die 300 Ccm. Mageninhalt stellen eine hellbraune Flüssigkeit vor, in der die Semmelbrocken unverändert herumschwimmen. Die Prüfung mit Lakmuspapier ergiebt neutrale Reaction. In den meisten Fällen wird es sich dann um schwere atrophische Zustände der Schleimhaut und um bedeutende Erschwerung der Speisenabfuhr handeln — wahrscheinlich in Folge von Carcinom. Aber auch in diesem so einfach gewählten Beispiel wird man doch die ganze übrige Untersuchung nicht vernachlässigen dürfen, denn dieses Resultat der Mageninhaltsuntersuchung allein kann auch durch nervöse Inacidität und bedeutende Atonie bedingt sein. Sogar hier dürfen wir uns nicht allein auf die Mageninhaltsprüfung verlassen; Bleiben wir vorläufig bei den 300 Ccm. Mageninhalt — doch ändert sich jetzt das Bild darin, dass wir nach der Mintz'schen Methode berechnet 0,3 pCt. überschüssige HCl erhalten. Es ist eine hohe Zahl und von vielen Seiten würde man das Urtheil hören: Hyperacidität, dadurch bedingter Pylorus-krampf und Retention des Chymus! — Ist diese Annahme berechtigt? Können nicht noch andere Möglichkeiten vorliegen? — Liesse sich die Frage entscheiden: wie viel von den 300 Ccm. ist Rest des Probefrühstücks

[4]) F. Blum. Ueber die Salzsäurebindung bei künstl. Verdauung. Zeitschr. f. klin. Med. XXI. 5, 6. 1892.

[5]) Geigel u. Blass. Procent. und absolute Acidität des Magensaftes. Zeitschr. für klin. Med. XX, 3, 1892. p. 237.

[6]) C. A. Ewald. Ueber Strictur d. Speiseröhre etc. Zeitschr. f. klin. Med. XX. 6. 1892, p. 560.

und wie viel ist secernirter Magensaft, dann würde sich die Antwort leichter finden lassen! Diese Trennung lässt sich aber nicht vornehmen. In dem Mageninhalt weisen wir mit der Jodreaction noch eine Menge Amylaceen nach — es ist also nicht Alles Magensaft! Wir müssten also, da in den 300 Ccm. ein Theil noch Frühstücksreste sind für den factisch secernirten Magensaft einen noch höheren Procentsatz von HCl. annehmen, als 0,3! Das wäre allerdings eine überraschend hohe Zahl!

Man kann sich meines Erachtens den Gang der Magenarbeit derart vorstellen: Im Moment, wenn die ersten Bissen des Probefrühstücks die Magenschleimhaut berühren, wird Magensaft ausgeschieden, der sich sofort mit den Eiweisskörpern verbindet; unterdessen wird schon ein Theil des Thee's resorbirt, immer weiter geht die Secretion, doch noch immer herrscht ein Missverhältniss zwischen Speisebrei und flüssigem Mageninhalt im Gehalt an HCl. Ich trenne die beiden — es wäre richtiger Filtrat u. Filterrückstand zu sagen, — denn sowohl Martius und Lüttke, wie auch Blum[7]) weisen nach, dass im Gehalt an HCl entschieden ein Unterschied zwischen beiden besteht. Dabei ist aber nicht für jedes Verdauungsstadium festgestellt, wo die höheren Zahlen liegen. Wahrscheinlich ist der Filterrückstand immer reicher an Gesammtsalzsäure, während die Procentzahlen der freien HCl bald im Filtrat, bald im Filterrückstand höher sind. Dieses eigenthümliche Verhalten muss nun auch auf das Endresultat von Einfluss sein. Der Filterrückstand bindet eine grosse Menge HCl, aber doch auch theilweise so locker, dass die Reaction auf freie HCl stark positiv ausfällt; das Filtrat hat vielleicht den HCl-gehalt von 0,2 pCt. erreicht, aber die Titration ergiebt für das Gemisch 0,3 pCt., weil der an HCl. reichere Filterrückstand mit titrirt wird. Also können doch noch 100 Ccm. Reste des Frühstücks sein und die nachbleibenden 200 Ccm. wären Magensaft, der dann etwa 0,25 pCt. HCl enthalten könnte. Dann handelt es sich aber nicht um Hyperchlorhydrie, d. h. um einen an Salzsäuregehalt besonders reichen Magensaft, sondern um die länger fortgesetzte Secretion eines normalen Magensaftes in Folge länger dauernden Reizes von Seiten der Ingesta, die den Magen nicht schnell genug verlassen. Kurz nicht um eine erhöhte Secretion, sondern um verminderte Motilität und Resorption kann es sich handeln.

Mir leuchtet überhaupt nicht ein, wie die Hypothese von der Hyperchlorhydrie mit Pyloruskrampf und darauf folgender Dilatation so festen Fuss fassen konnte. Es ist doch a priori höchst unwahrscheinlich, dass der Pylorus gerade zu der Zeit, wo der Magen seine Verdauungsarbeit in durchaus gewissenhafter Weise beendet hat und seiner Secretionsfähigkeit noch ein wenig die Zügel schiessen lässt, nun auf das Auftreten der überschüssigen Säure derart reagirt, dass er dem Chymus nicht mehr den Durchtritt in den Darm gestattet. Es wäre dies meines Wissens das einzige Beispiel von einem physiologisch bedingten circulus vitiosus — da müsste fast der dilatirte Magen — der normale sein. Dagegen erklärt sich die Situation meines Erachtens viel einfacher, wenn man die Atonie des Magens als Primärleiden auffasst und aus ihr die übrigen Erscheinungen folgert. Sie wissen, m. H., dass die Hyperchlorhydrie besonders häufig, ausser bei ulcus ventric. noch bei Magenneurose gefunden wurde; sie wurde als Secretionsneurose des Magens aufgefasst und aus ihr sämmtliche Nebenerscheinungen als Folgezustände abgeleitet. Im Allgemeinen sind doch die depressiven Zustände der Muskulatur — die Erschlaffungszustände so unendlich häufige Begleiter oder Folgen einer neurasthenischen Anlage. Ja der ganze Symptomencomplex, der als Enteroptose bezeichnet wird charakterisirt doch nur einen stationär gewordenen Erschlaffungszustand der abdominalen Bandapparate, der wohl häufig mehr Folge, als Ursache der Neurasthenie ist. Das jetzt öfter beobachtete Zusammentreffen von Wanderniere und Magenerweiterung ist ebenfalls wohl Folgezustand einer krankhaften Anlage.

Darum, meine ich — werden wir in den meisten Fällen nervöser Magenleiden, die früher unter die Rubrik Hyperchlorhydrie fielen — eine musculäre Atonie constatiren können, die gewöhnlich mit chronischer Obstipation Hand in Hand geht.

Wenn neuerdings Riegel[8]) das häufige Vorkommen der Hypersecretio acida continua betont — Reichmann nannte diesen Zustand «Magensaftfluss» — so kann ich dem eben so wenig beistimmen, wie der so beliebten Diagnose «Hyperchlorhydrie». Nicht die Hypersecretion verhindert die amylolytischen Processe im Magen und bedingt dadurch eine Stagnation der Kohlehydrate mit nachfolgender Gährung und allmählig sich entwickelnder Magendilatation, sondern die mechanische Insufficienz eines chemisch normal functionirenden Magens lässt die Kohlehydrate stagniren, gähren und entwickelt sich zuletzt zur stationär bleibenden Dilatation. Ich leugne durchaus nicht das Vorkommen eines Magensaftflusses, doch scheinen mir die zahlreichen Fälle von Dilatationen und starker Hefegährung bei reichlicher Anwesenheit von HCl, die neuerdings F. Kuhn[9]) unter Riegel's Leitung einer Prüfung unterzogen hat, viel leichter durch die mechanische Insufficienz oder Atonie erklärbar zu sein, als durch die Hypersecretio acida continua. Nachdem Minkowski die Möglichkeit der Hypersecretion als causales Moment für diese Fälle ins Auge gefasst, sagt er: «Eine andere Möglichkeit wäre die, dass die in dem stagnirenden Mageninhalte Platz greifende Hefegährung zu einem continuirlichen Reizzustande der Magenschleimhaut führt, welcher sich in einer gesteigerten Absonderung von HCl geltend macht.» Diese letzte Annahme dürfte nach Minkowski vielleicht die grössere Wahrscheinlichkeit für sich haben[10]). Es ist das kein Streiten um Worte, denn die verschiedene Auffassung des causalen Momentes bedingt auch eine andersartige Therapie! Wenn die Darreichung von Alkalien allein den Zustand wesentlich bessern würde, könnte man Nichts gegen die Riegel'sche Auffassung einwenden — aber ohne häufige Ausspülungen des Magens wird Nichts erreicht! Da scheint mir doch die Ausspülung das Wesentlichere bei Riegel's Therapie zu sein. — Häufig fällt allerdings eine starke Amylumreaction mit hohem HCl-gehalte zusammen, aber eine constante Abhängigkeit der beiden Factoren von einander lässt sich nicht nachweisen; dazwischen tritt auch der Fall ein, dass bei hohem HCl-gehalt bloss Achroodextrin nachweisbar ist. Kurz die Mundverdauung spielt oft eine so selbständige Rolle, dass es ein Fehler ist, die Resultate der Amylolyse nur durch die Magenverdauung motiviren zu wollen.

Kehren wir nach dieser Abschweifung zur Atonie des Magens zurück. Vor Allem müssten uns hier die verschiedenen Methoden zur Prüfung der Magenmotilität die sichersten Anhaltspunkte für die Diagnose liefern. Die Salolprobe von Ewald mit der Huber'schen Modification halte ich für eine recht brauchbare. Doch sind in allerneuester Zeit von italienischer Seite Einwände gegen das Princip der Methode erhoben worden, welche noch der Bestätigung bedürfen. Auch die Auftreibung des Magens mit CO_2 oder Dehio's successive Anfüllung des Magens mit Wasser geben uns einen annähernden Maass-

[7]) Blum. Salzsäurebindung bei künstl. Verdauung. Zeitschr. f. klin. Med. XXI. 5. 6. 1892.

[8]) Riegel. Ueber chronische, continuirl. Magensaftsecretion. Deutsche med. Wochenschr. 1892. Nr. 21.

[9]) F. Kuhn. Hefegährung und Bild. brennb. Gase im menschl. Magen. Zeitschr. f. klin. Med. 1892. XXI. 5. 6.

[10]) F. Kuhn. l. c.

stab, um nach Lage und Grösse, sowie der Contractilität des Organs eine Atonie annehmen zu dürfen, oder nicht.

Ebenso können die Plätschergeräusche zur Diagnose mit verwandt werden, denn der event. flüssige Inhalt des Dickdarms kommt bei den gewöhnlich obstipirten Patienten nicht in Betracht. Kurzum alle Momente, die darauf hinweisen, dass geringfügige Nahrungsmengen das Organ unverhältnissmässig dilatiren, oder bloss senken, können ebenso zur Diagnose verwandt werden, wie die speciell auf Atonie hinweisenden subjectiven Klagen der Patienten, unter denen der Druck im Epigastrium nach dem Trinken etwas grösserer Mengen Wassers oder Thees einen hervorragenden Platz einnimmt. Wir sehen also, dass es sich bei 300 Ccm. Mageninhalt von 0,3 pCt. HCl-gehalt um Magenatonie handeln kann! Liegt hier aber nicht eventuell schon eine Dilatation vor? Nach dem vorliegenden Befunde allein kann man die Frage nicht verneinen! Möglich wäre es, doch sinkt gewöhnlich bei hinzutretender Gastritis der Zahlenwerth für die überschüssige HCl und die bereits stationär gewordene Dilatation ist häufig mit Gastritis verbunden. Wohl wäre es denkbar, dass es sich um eine Dilatation nach Ulcus handele, bei der auch die Zahlen für freie HCl ungewöhnlich hohe bleiben. Wird aber nach dem Lüttke'schen Verfahren bei Dilatation mit Gastritis die secernirte HCl bestimmt, so ergeben sich entsprechend der Menge liegen gebliebener organischer HCl-verbindungen beträchtlich höhere Zahlen, die wohl eine Hyperchlorhydrie vortäuschen können.

In allen den Fällen, wo die Gesammtacidität beträchtlich höher ausfällt, als die Acidität der überschüssigen HCl, wird die Berechnung der secernirten HCl am Platze sein und wird uns dann gewisse Fingerzeige in bestimmter Richtung geben.

Ich erlaube mir, Ihnen das an einem Beispiel zu demonstriren: eine Patientin, die häufig von mir auf ihre Magenfunctionen untersucht wurde — leidet an chronischer Obstipation und Magenatonie. Schmerzen treten meist nüchtern auf, oder nach reichlichem Trinken und reichlichen Mahlzeiten. Appetit gut, keine Uebelkeit. Eine Stunde nach dem Probefrühstück wird gut chymificirter, reichlicher Inhalt von 0,22 pCt. Gesammtacidität und 0,18 pCt. überschüss. HCl. exprimirt. Der Zustand besserte sich wesentlich nach hydriatischen Proceduren, kleinen Mahlzeiten, Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr und grösseren Gaben Extr. Strychn. spirit. Im August vorigen Jahres trat eine Verschlimmerung ein. Ich sah Patientin erst im Oktober wieder und schienen mir die Klagen der Patientin jetzt auf eine leichte Gastritis hinzuweisen. Die Expression ergab: secernirte HCl 0,28 pCt. — übersch. HCl 0,08 pCt. dabei wenig organische Säuren, aber Schleim (es wurden ohne Mühe 150 Ccm. exprimirt) — d. h. mit anderen Worten: die Secretionstüchtigkeit des Magens war nach, wie vor eine gute, nur waren jetzt mehr Affinitäten zu sättigen gewesen und der Rest, der als überschüssige HCl nachweisbar wurde, war viel kleiner geworden. Nun konnte es sich um zweierlei handeln: es blieb der Speisebrei längere Zeit im Magen und band mehr Salzsäure d. h. — die Atonie war stärker geworden — oder der bei der Gastritis secernirte Schleim verbrauchte einen bedeutenden Antheil der secernirten Salzsäure. Letzteres scheint mir wahrscheinlicher, denn wir sahen, dass die liegen bleibenden Ingesta auf die nicht entzündete Schleimhaut einen so starken Reiz ausüben, dass doch noch genügend lange HCl. secernirt wird, um in Procentzahlen von 0,3 od. 0,2 als freie HCl aufzutreten — dagegen wirkt der bei Gastritis ausgeschiedene Schleim wohl nicht secretionserregend und nimmt den letzten Rest überschüssiger HCl für sich in Beschlag. Ja wir können sagen: je länger bei Gastritis die Ruhe im Magen dauert, desto mehr Schleim bildet sich auf der entzündeten Schleimhaut und bindet die eben secernirte HCl, so dass bei hochgradiger Dilatation und Gastritis schliesslich garkeine überschüssige HCl. nachweisbar ist. — So entsprach in meinem Falle die chemische Prüfung des Mageninhaltes durchaus den subjectiven Klagen der Patientin und ermöglichte die Diagnose Atonie und beginnende Gastritis.

Durch die soeben kurz geschilderte Krankengeschichte haben wir uns bereits den Mittel- und Normalzahlen in den HCl-procenten genähert. Das sind die schwierigsten Fälle, wo bei normalem HCl-gehalt und normaler Menge des Mageninhaltes doch ein Heer subjectiver Klagen besteht und man verzweifelnd nach objectiven Handhaben sucht, um die Krankheit beim Namen zu nennen.

Hierher gehören sowohl gewisse Formen der Gastritis, wie auch der Magenneurosen. Ich wüsste Ihnen, m. H., kaum einen Fall zu nennen, bei welchem nur nach der Prüfung des Mageninhalts ein sicheres Urtheil darüber erlaubt wäre, ob es sich um Gastritis oder Neurose handelt. Das einzige Moment, welches wir differentiell-diagnostisch für die Gastritis verwerthen dürften, ist die Anwesenheit von reichlichem Schleim. Aber auch hierbei muss die Möglichkeit offen gelassen werden, dass ebenso — wie bei der Colica mucosa, bei der es sich wahrscheinlicher Weise um eine Secretionsneurose des Darmes handelt — auch die Magenschleimhaut durch einen krankhaften Zustand der secretorischen Nerven dazu gelangen kann, Schleim abzusondern, so dass derselbe in diesem Falle nicht als Symptom einer chronischen Entzündung aufgefasst werden dürfte. Dass wir es dazwischen auch mit Mischformen von Gastritis und Neurose zu thun haben, scheint mir wahrscheinlich und besonders die soeben besprochene Atonie des Magens scheint eine gewisse Prädisposition für die Entwickelung einer Gastritis zu bieten. Fehlen nun die objectiven Maasstäbe für die Beurtheilung des Falles, so tritt hier in vollem Umfang die subjective Beschwerde in ihr Recht, um die Diagnose zu ermöglichen.

Da sind nun allerdings recht prägnante Unterschiede zu statuiren, von denen ich nur wenige berühren möchte. Vor Allem für die Diagnose der Neurose verwerthbar scheint nur der bei vollkommen leerem Magen auftretende Schmerz, die Möglichkeit denselben durch geringe Speisenzufuhr zu unterdrücken, die mit Heisshunger wechselnde Appetitlosigkeit.

Bei der Gastritis dagegen finden wir eine fast beständige Anorexie, das relativ gute Befinden des Patienten bei leerem Magen und das Auftreten der Schmerzen beim Höhepunkt der Verdauungsarbeit etwa 3 Stunden nach grösseren Mahlzeiten.

Andrerseits darf aber, auch wenn die Anamnese direct auf eine Neurose hinweist, die Palpation und Percussion aber keine sicheren Anhaltspunkte für die Diagnose ergiebt, die Expression des Mageninhaltes nicht verabsäumt werden — wie das auch ein Fall lehrte, der längere Zeit als Neurose behandelt, nur durch die Expression die nöthigen Beweise lieferte, um eine Neurose sicher auszuschliessen und mit grosser Wahrscheinlichkeit ein Carcinoma ventriculi exulcerans zu diagnosticiren, welches durch die Section bestätigt wurde.

Sie erlassen mir, m. H., ein Resumée, denn noch ist die ganze Frage nicht reif für eine knappe Formulirung: einen Beweis wollte ich Ihnen liefern, dass die ganze moderne Magendiagnostik doch noch etwas mehr, als theoretisches Interesse hat, dass man zwar von dem Glauben abgekommen ist, mit dem Magenschlauch und der Chemie allein die Magenkrankheiten rubriciren und dementsprechend behandeln zu können — dagegen aber getragen von der Ueberzeugung weiter arbeitet, dass erst

die Vereinigung der subjectiven mit den objectiven Symptomen uns die Krankheit als wohlgezeichnetes Krankheitsbild vor die Augen führt und dadurch allein die Erkenntniss der Krankheit ermöglicht.

Riga, den 20. Januar 1893.

Nachtrag. 15. April 1893.

Soeben ist die «Specielle Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten» von Dr. J. Boas erschienen. Die richtige Würdigung, die in diesem vortrefflichen Werke die Atonie und der Descensus intestinorum finden — Erkrankungsformen, die «in ihrer Bedeutung früher zu wenig gewürdigt worden sind», veranlasst mich gerade im Anschluss an meinen Vortrag dieses Buch dem ärztlichen Leserkreise warm zu empfehlen. Auch die Betonung des verhältnissmässig seltenen Vorkommens der Gastritis chronica ist praktisch wichtig! Nicht ganz übereinstimmen kann ich mit der scharfen Trennung der Atonie — oder wie Verfasser sie nennt, Myasthenia gastrica — von den Neurosen und speciell von den Secretionsneurosen. Sehr richtig betont Boas, wie oft Superacidität nur Symptom sei und dass diese häufig bei Atonie gefunden würde, dann wiederum, dass Atonie als objectives Symptom beim chronischen Magensaftfluss aufträte — kurz, man sieht schon daraus, dass eine scharfe Trennung gekünstelt erscheinen muss. Sehr sorgfältig und erschöpfend ist die Therapie behandelt und der Leser findet manchen neuen Wink, für den er dem erfahrenen Verfasser Dank zollen wird.

Referate.

Ludwig Ferdinand, königl. Prinz von Bayern (München): Ein Beitrag zur Aetiologie und Pathologie der Pleuritis. (Deutsches Archiv für klin. Medicin. Bd. 50. 1892).

Nach Constatirung der bedeutsamen Rolle, welche die Aetiologie der Pleuritis in der Behandlung derselben einzunehmen bestimmt ist, geht Verfasser an die Ordnung des ihm zu Händen stehenden Materials nach dem bakteriologischen Befunde und zwar so, dass zuerst die reinen Infectionen, d. h. die durch eine einzige Bakterienart verursachten, zuletzt die Mischinfectionen mitgetheilt werden. Aus dem Zusammenhalten des bakteriologischen Befundes, der eingeschlagenen Therapie und des Heilerfolges ergeben sich am Schluss Anhaltspunkte für die Beurtheilung ähnlich gelagerter Fälle.

Zunächst werden 6 Fälle beschrieben, in welchen der Nachweis des Diplococcus pneumoniae als alleiniger Erreger des metapneumonischen Pleuraexsudates gelang. Von diesen 6 Fällen muss ein Fall wegen schwerwiegender Complicationen aus dem Kreise der Betrachtungen ausgeschieden werden, zwei seröse und ein serös eitriges Exsudat kamen ohne operativen Eingriff zur Heilung, während 2 rein eitrige Exsudate eine Rippenresection erheischten, wonach eine rasche Heilung eintrat. Dann folgt der Bericht über 2 seröse Exsudate, in welchen Staphylococcen nachgewiesen wurden. Der eine Fall verläuft ohne Eingriff rasch und günstig, der andre Fall zeigt im Deckglastrockenpräparate viel Fibrin und Detritus und nimmt nach einer aspiratorischen Punction, wobei ca 1 Liter einer bernsteingelben Flüssigkeit entleert wird, einen gutartigen Verlauf in völlige Genesung. Diesen beiden Fällen seröser reiner Staphylococcen-Pleuritis ist noch ein anfangs reines Staphylococcenexsudat angefügt, das in einen jauchigen Pyopneumothorax überging und dann Fäulnisserreger neben den Staphylococcen aufwies. Es handelte sich hier bakteriologisch vorwiegend um Staphylococcus pyogenes aureus und citreus, klinisch um jauchigen Pneumothorax mit Durchbruch in die Lunge. Die Thorakocentese konnte wegen der Schwäche des Patienten anfangs nicht gemacht werden und begnügte man sich mit dreimaliger Aspiration eines übelriechenden Exsudates. Am Ende der 7. Krankheitswoche wird endlich die Thorakocentese und Rippenresection im 5. Intercostalraum gemacht, wobei sich viel Jauche entleert, worauf im Laufe der nächsten Tage Menge und Geruch des Pleuraausflusses abnimmt, Kräfte und Appetit zunehmen und normale Temperaturen sich einstellen, 50 Tage nach der Operation kann Patient als geheilt entlassen werden.

In 5 Fällen von Pleuritis, die nur durch den Streptococcus verursacht waren, gingen 3 nach Rippenresection in Heilung über, während bei einem Falle es sehr rasch zur Blutinfection kam, so dass Patient an Septicämie starb; im 5. Fall schliesslich trat die Pleuritis als Symptom einer kryptogenen Sepsis auf, und die aus Pleuraeiter gezüchteten Streptococcen fanden sich auch im circulirenden Blute. Bei dem raschen Verlaufe und der absolut ungünstigen Prognose war ein Vorgehen zwecklos und wurde auch unterlassen.

Von Exsudaten, die mehrere Eiterungserreger nebeneinander enthielten, kamen drei zur Beobachtung. Eines davon war anfangs serös, wurde dann aber wie die beiden anderen eitrig. In zweien trat neben dem Diplococcus pneumoniae der Streptococcus pyog. aureus auf; von letzteren kam einer nach Thorakocentese mit Rippenresection langsam zur Genesung, der andere nahm trotz Thorakocentese und Rippenresection einen malignen Verlauf. In beiden Fällen handelte es sich um kräftig gebaute, gut ernährte jugendliche Individuen. Im dritten Falle handelte es sich um ein älteres Streptococcen- und Staphylococcenempyem. Hier trat nach Thorakocentese und Rippenresection rasche Genesung ein; das Exsudat in der rechten Pleurahöhle hatte schon längere Zeit vor der Aufnahme ins Spital bestanden; die Streptococcen waren, wie aus den Thierversuchen hervorgeht, nicht mehr im Vollbesitz ihrer Virulenz.

Zum Schluss behandelt Autor die bakterienfreien Pleuraexsudate und folgert aus seinen Beobachtungen, dass die Mehrzahl derselben tuberculöser Natur seien.

Ein differentialdiagnostisches Merkmal zwischen bakterienfreien tuberculösen und nichttuberculösen Exsudaten ist neben dem Ergebniss der physikalischen Lungenuntersuchung in dem Verhalten der Ergüsse gegeben, indem ein metapneumonisches seröses Exsudat, in dem die Pneumoniecoccen abgestorben sind, das also bakterienfrei ist, nicht mehr wachsen wird, sondern zurückgehen, während ein tuberculöser bakterienfreier Erguss längere Zeit stationär bleiben oder wachsen wird. Ausserdem kommt die Färbung des Exsudates in Betracht; hämorrhagische Exsudate hat Autor ausser bei Tuberkulose nicht gesehen. Verfasser theilt die Krankengeschichte von fünf bakterienfreien serösen Exsudaten mit bei denen Tuberkulose durch den Nachweis von Tuberkelbacillen im Sputum oder durch die Section festgestellt werden konnte, und stellt ihnen zwei Empyeme gegenüber, bei denen der Tuberkelbacillennachweis schon durch die mikroskopische Untersuchung gelang. Natürlich ist hier die Prognose wegen des Grundleidens ungünstig. Die beiden Empyeme verliefen tödtlich, obgleich in einem Fall die Thorakotomie im anderen die Rippenresection ausgeführt wurde. Von den 5 bakterienfreien serösen Exsudaten ging eines ohne operativen Eingriff zurück, bei zweien erwies sich die Aspiration als genügend zur Beförderung der spontanen Resorption, ein Fall entzog sich ungebessert und ohne operativen Eingriff der Beobachtung während ein Patient unoperirt starb.

Die günstigste Prognose quoad rest. in integr. gestatten die serösen metapneumonischen Exsudate; ihnen schliessen sich bezüglich der Prognose an die serösen Staphylococcenexsudate, diesen folgen in absteigender Reihe die metapneumonischen, die primären Staphylococcen-, die primären Streptococcen-, die jauchigen Empyeme, während die tuberculösen und septischen Exsudate eine schlechte Prognose geben.

Alle Streptococcenexsudate — auch die Mischformen, die Streptococcen enthalten — erheischen die Rippenresection, auch wenn das Exsudat noch serös ist, da hier die eitrige Metamorphose sicher eintreten würde und Eiter ein guter Nährboden für Streptococcen ist. Von den Staphylococcenexsudaten kann dieses nicht vorher gesagt werden, da die Virulenz der Staphylococcen leichter vom Organismus beeinträchtigt zu werden scheint. Bei den Diplococcenempyemen kann man ruhig eine Zeitlang abwarten, ob eine Spontanresorption eintritt und im entgegengesetzten Fall spätestens 3 Wochen nach der Krise zunächst den Erfolg einer Aspiration versuchen, sammelt sich der Eiter wieder rasch an, muss man zur Radicaloperation schreiten.

C. Tomberg.

Albrecht Erlenmeyer: Klinische Beiträge zur Lehre von der congenitalen Syphilis und über ihren Zusammenhang mit einigen Gehirn- und Nervenkrankheiten. (Zeitschr. für klin. Med. 1892. Bd. XXI.)

E. wendet sich in dieser Arbeit gegen einige in der Lehre von der congenitalen Syphilis heute gewissermassen als Dogmen geltende Sätze. Er tritt für das Vorkommen der auch von anderen Autoren anerkannten Spätform der congenitalen Syphilis ein und führt für dieselbe zwei gut beobachtete Fälle an. Im ersten Falle war der Vater an Hirnsyphilis zu Grunde gegangen. Bei dem zwei Jahre nach der Infection des Vaters geborenen Sohne traten im 12. Lebensjahre die Zeichen congenitaler Schleimhaut-, Drüsen- und Hautsyphilis auf und schwanden nach einer Schmierkur. Im zweiten Falle zeigten sich beim Sohne eines an Syphilis des Halsmarks und seiner Hüllen verstorbenen Mannes erst im 13. Lebensjahre die Zeichen congenitaler Knochen- und Gelenksyphilis. Bei beiden Patienten konnten frühere syphilitische Erscheinungen nicht übersehen worden sein. Gegen das Colles'sche Gesetz über die Betheiligung der Mutter an der Infection, führt er eine von ihm behandelte Frau an, bei der, obgleich sie bereits zwei von einem syphilitischen Mann gezeugte Kinder geboren hatte,

die ersten Anzeichen der Syphilis erst während der dritten Gravidität auftraten. Es ist mithin die Frau bis dahin weder syphilitisch noch immun gegen Syphilis gewesen. Erlenmeyer zieht daraus den Schluss, dass Mütter, die congenital-syphilitische Früchte gebären, syphilitisch werden können, es aber nicht müssen. Dem sog. Kassowitz'schen Gesetze von der graduellen Abschwächung der Intensität der syphilitischen Vererbung stellt er einige Fälle entgegen, in denen abwechselnd gesunde und kranke Früchte zur Welt kamen, wobei sich die Geschlechter in Bezug auf die Infection verschieden vertheilen: während die männlichen Früchte syphilitisch waren, waren die weiblichen vollkommen gesund und umgekehrt. Man kann daher, wenn auf ein congenital-syphilitisches Kind ein syphilisfreies anderen Geschlechts folgt, nicht schliessen, dass die Vererbungsfähigkeit der väterlichen Syphilis erloschen ist und muss bei der Beurtheilung congenital-syphilitischer Verhältnisse sämmtliche Kinder in Rechnung ziehen.

Zum Schluss der Arbeit weisst E. auf den Zusammenhang einiger Gehirnkrankheiten mit der congenitalen Syphilis hin. In drei Fällen Jackson'scher Epilepsie mit halbseitiger Entwicklungshemmung, in mehreren Fällen cerebraler Kinderlähmung und angeborener Epilepsie mit und ohne Idiotie hat Erlenmeyer nachweisen können, dass man der congenitalen Syphilis in der Aetiologie dieser Krankheiten eine grössere Rolle zuweisen sollte, als es bisher geschehen.

H. Büttner.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

M. D. S.: **Aerztliche Kunst und medicinische Wissenschaft.** Wiesbaden 1893. Verl. von J. Bergmann.

Obgleich es nicht unsere Gepflogenheit ist, anonym erscheinende Aufsätze einer genaueren Beachtung zu würdigen, so machen wir mit der obigen Broschüre doch eine Ausnahme, da der Verfasser es offenbar ernst mit seinem Thema nimmt und sich nicht scheut eine wunde Stelle der ärztlichen Berufsthätigkeit zu berühren. Die heut zu Tage mehr als sonst von Aerzten beklagte und von Laien besprochene «ärztliche Misère» ist es, die der Verf. aus ihren Ursachen zu erklären und durch die Abstellung der letzteren zu heilen versucht.

«Für eine Arbeitsleistung, welche in der Herstellung nicht eines Luxusgegenstandes, sondern vielmehr eines der nothwendigsten Konsumartikel. der menschlichen Gesundheit, besteht. werden heute nur noch Handwerkerpreise bezahlt, während früher für die gleiche Leistung den betreffenden Arbeitern, welche durch ihre sociale Stellung und die vornehme Art ihrer Berufsausübung darauf den berechtigtsten Anspruch hatten, Künstlerpreise zu Theil wurden.» Daran sind die Aerzte selber schuld, weil sie in der Ausübung ihres Berufes eine handwerksmässige Verflachung haben einreissen lassen, die früher nicht bekannt war. Zwar «die Wissenschaft der Medicin hat in unserer Zeit zu neuer und weittragender Erkenntniss geführt; die Kunst der Medicin jedoch, die Ausübung, die etwas ganz anderes ist, als die medicinische Wissenschaft, ist herabgesunken». «Eine grosse Epoche hat das Jahrhundert geboren, aber der grosse Moment findet ein kleines Geschlecht.» Die Ursache dieses Niederganges der ärztlichen Kunst am einzelnen Krankenbett sieht der Anonymus in einer fehlerhaften Organisation des medicinischen Unterrichtes an den Universitäten, welcher die jungen Mediciner ausschliesslich zur medicinischen Wissenschaft erzieht aber sie nicht genügend zur Uebung der ärztlichen Kunst anhält. Der Student soll auf der Klinik die Möglichkeit erhalten, die curative Beeinflussung eines Krankheitsfalles in seinem natürlichen Verlauf durch die persönliche Bethätigung des behandelnden klinischen Lehrers von Tag zu Tag zu verfolgen; das ist wichtiger, als dass ihm täglich ganze Reihen wissenschaftlich interessanter Krankheitsfälle vordemonstrirt werden, von denen er später nichts erfährt, als dass sie genesen oder gestorben sind. Aus dieser Unterrichtsmethode folgt, dass der Mediciner später als Arzt am Krankenbett leicht in den Fehler verfällt, den gegebenen Krankheitsfall mehr nach naturwissenschaftlichen Methoden zu beobachten und zu analysiren, als nach den gegebenen Umständen praktisch zu behandeln. Das fühlt der Kranke bald heraus, und daraus resultirt naturgemäss eine gewisse Entfremdung zwischen Arzt und Publicum, welche noch gesteigert wird durch Ueberlassung wichtiger Heilmaassnahmen an Dritte, wie Masseure, Hebammen u. s. w., deren ohne tiefere Einsicht ausgeführte Manipulationen das Publicum daran gewöhnen, auch im Arzt nicht viel mehr als einen Handwerker zu erblicken.

Endlich wird mit Recht darauf aufmerksam gemacht, dass leider nur zu oft in reclamehafter Weise dem hilfesuchenden Patienten mehr versprochen wird, als unsere Kunst zu leisten vermag. Was sollen nicht alle die Bäder, Sanatorien und die Fluth der jährlich neu dargestellten Heilmittel für Wunder stiften können, während der Nutzen derselben oft mehr den Leitern der Anstalten und den chemischen Fabriken als den Kranken zu Gute kommt. Die Grenzen des medicinischen Könnens sollen auch dem Publicum nicht verschwiegen werden dann wird von den Aerzten nicht mehr zu viel verlangt werden und das Vertrauen zu ihrer Kunst wiederkehren.

Das sind die Hauptpunkte, die der Verf. berührt. Können wir denselben im Allgemeinen nur rückhaltslos beistimmen, so dürfte doch im Einzelnen manche seiner Behauptungen nicht ohne Weiteres zu acceptiren sein. Wenn der Verf. sich z. B. gegen die jüngst von einem der ersten deutschen Chirurgen dargelegte Lehrmethode wendet, welche von ihm in glücklicher Benutzung des reichen Materials seiner Klinik angewandt wird, so geht er darin sicher zu weit. Wer täglich viele Hunderte von Zuhörern um sich versammelt, der ist es sich und ihnen schuldig, die ganze Fülle des Sehenswerthen in erster Linie dazu zu benutzen, um seine Schüler mit der Krankheit, ihrem Wesen und ihren verschiedenen Formen bekannt zu machen. Denn tüchtige wissenschaftliche Erkenntniss ist und bleibt denn doch stets die Grundlage unseres praktischen Könnens.

D–o.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 2. Februar 1893.

1) Herr Frantzen theilt einen kürzlich von ihm operirten Fall von doppelseitigen Dermoidcysten der Ovarien mit und demonstrirt die durch Laparotomie gewonnenen Cysten, sowie Zeichnungen von mikroskopischen Schnitten aus denselben. (Der Befund soll demnächst ausführlich veröffentlicht werden.)

In Bezug auf den histologischen Befund meint Herr Westphalen, dass das Interesse desselben, abgesehen von der Complicirtheit der Deutung der einzelnen anatomischen Thatsachen, ganz besonders in dem Umstande gipfele, dass hier zwei Dermoidcysten gefunden wurden. Der Fall complicirt in hohem Grade die am meisten gangbare Theorie über die Genese der dermoidalen Tumoren überhaupt. Stellt man sich auf den Standpunkt, dass das Dermoid und sein Träger zwei Keimanlagen entsprechen, so müsste hier eine Drillingsbildung vorgelegen haben. Dem Gesichtspunkte der Inclusion von Theilen des Trägers in denselben kann entgegengehalten werden die Thatsache, dass in der einen Cyste sehr hochorganisirte Gebilde gefunden wurden, welche gewissermassen Theilen eines Kopfes entsprechen konnten (Haare, Knorpel, Cutis, Talgdrüsen, Speicheldrüsen, vielleicht ein rudimentäres Auge). Es wiederholt sich bei diesem Präparate derselbe Streit, wie z. B. hinsichtlich der Deutung der sog. «behaarten» Rachenpolypen. Letztere werden von einem Theile der Forscher für Inclusionsbildungen des Trägers des Polypen gehalten, da dieselben hauptsächlich an der Stelle vorkommen, wo sich beim Foetus Mund- und Darmhöhle berühren. Andere Autoren halten die Rachenpolypen für Theile eines Zwillings, da es gelungen ist, vom behaarten einfachen Rachenpolypen von Erbsengrösse sämmtliche Uebergänge zu finden bis zum voll entwickelten Epignathus, welcher seinem Träger zum Munde hervorquillt.

2) Herr Tiling berichtet über folgenden Fall von Epilepsie nach Trauma mit andauerndem Schlafzustand nach einem operativen Eingriff:

Ein 17-jähriger, blühend gesunder, hereditär vielleicht belasteter Jüngling erhielt im Juli 1891 einen Schrotschuss in den Unterschenkel; die Schrotkörner wurden zum Theil entfernt. 8 Tage nach der Verletzung trat ein epileptischer Anfall auf, der sich nun fast täglich wiederholte. Patient wurde in Riga am verletzten Unterschenkel operirt, worauf die Anfälle auf einige Zeit schwanden um sich mit der Bildung eines kleinen Abscesses in der Narbe wieder einzustellen. Dr. Kiwull in Wenden spaltete den Abscess und fand eine zurückgebliebene Ligatur. Nach Entfernung der letzteren blieben die Anfälle ein ganzes Jahr lang aus. Dann traten sie wieder täglich auf, die Narbe war schmerzhaft. Patient wünschte eine nochmalige Operation und wurde am 19. Novbr. 1892 in das klinische Institut der Grossfürstin Helena Pawlowna aufgenommen. Vorzüglicher Ernährungszustand, vollkommene geistige Frische, nur einmal nach einigen Anfällen etwas apathisches Wesen. Am Unterschenkel in der Knöchelgegend einige Narbenzüge: der eine geht quer über die Achillessehne, zwei andere liegen nach innen davon in der Gegend des Malleolus int. Durch Druck auf diese Narben wird jedesmal ein typischer epileptischer Anfall von wechselnder Intensität ausgelöst; im Beginn empfindet Patient eine von der Narbe ausgehende Aura. Letzteres gilt besonders für zwei Punkte, von denen der eine an der Achillessehne, der andere nach innen von dieser gelegen ist. Trotz KBr. in grossen Dosen (bis 14.0 pro die!) wiederholten sich die Anfälle täglich, einmal häuften sie sich zu einem Status epilepticus, jedoch ohne Temperatursteigerung. Da die Anfälle durch Muskelcontraction, z. B. beim Gehen, nicht hervorgerufen wurden. konnte angenommen werden, dass nur Hautnerven betroffen waren. Zwei Nervengebiete kamen in Betracht: Nn. ischiadicus und cruralis,

welche beiden Nervenstämme auch empfindlich waren. Operation am 9. Dec.: Die Narben werden exstirpirt mit einem Stück des N. saphenus minor, welcher verdickt gefunden wird; hierauf Dehnung des N. ischiadicus und des N. cruralis unter Anwendung nur mässiger Gewalt. Die Narkose war gut, es wurden ca. 155,0 Grm. Chloroform verbraucht. Auch unmittelbar nach der Operation war der Zustand des noch bewusstlosen Patienten in Bezug auf Puls etc. ein guter. Indessen erwachte Patient nicht, sondern blieb in einem comatösen Zustande; er gab keine Antworten, reagirte aber auf Anfassen mit sträubenden Bewegungen, nahm nur ihm eingeflösste Nahrung zu sich und musste catheterisirt werden. Nach einer Consultation mit Herrn Mendelsohn am 5. Tage post operationem wurden Einreibungen von Ung. hydrargyr. ciner. und Eis auf den Kopf applicirt. Der comatöse Zustand hielt volle 23 Tage an, am 24. Tage wurde Patient etwas zugänglicher und kam während weiterer 4—5 Tage wieder zum vollen Bewusstsein. Darnach haben die epileptischen Anfälle sich nicht wiederholt, trotz mehrfacher Betastung der Operationsnarbe am Unterschenkel. Nachträglich wurden noch einige Schrotkörner aus dem Paniculus adiposus entfernt.

Herr Mendelsohn erörtert mit einigen Worten die Differentialdiagnose des Falles: der Zustand war als ein «comatöser» oder Schlafzustand zu bezeichnen. Es war keine «Lethargie», da die für eine solche charakteristischen Erscheinungen (Hyperexcitabilitas neuromuscularis, Anaesthesie und Analgesie) fehlten. Gegen Bromismus sprach das Fehlen von Anaesthesie der Schleimhäute. Auch die Chloroformnarkose war schwerlich für den Zustand verantwortlich zu machen. Dagegen waren vorhanden: Unruhe, besonders der oberen Extremitäten, Empfindlichkeit des Schädels, enge Pupillen, vorübergehende Temperatursteigerungen bis 40°. Mendelsohn ist am meisten geneigt, eine Meningitis mit besonders ausgeprägtem comatösem Stadium anzunehmen. Dieselbe mag schon vor der Operation bestanden haben, worauf vorübergehende Unruhe und Depressionszustände aus jener Zeit hinweisen. War die Meningitis einmal vorhanden, so konnte das Coma sehr wohl durch die Narkose zu aussergewöhnlicher Intensität und Dauer gesteigert werden. Ein ähnlicher Einfluss der Narcotica auf Schlafzustände ist wiederholt bei neuropathischen Individuen beobachtet worden. Auf diesbezügliche Anfragen der Herren Schroeder und Kernig fügt Herr Mendelsohn noch hinzu, dass die Pupillenreaction erhalten, kein Opisthotonus vorhanden war. Eine ophthalmoskopische Untersuchung fand nicht statt. Herr Kernig meint die Diagnose einer Meningitis in diesem Falle anfechten zu müssen, da weder Opisthotonus, noch Contracturen, noch auch Paresen constatirt wurden, auch seien die Temperatursteigerungen nur vorübergehend gewesen. Die Heilung einer Meningitis nach so schwerem und andauerndem Coma scheint Kernig unmöglich.

Herr Michelson ist geneigt, den Schlafzustand in diesem Falle als ein sog. epileptisches Aequivalent aufzufassen, wofür es einige berühmt gewordene Beispiele in der Literatur gebe. Die starke Reizung der entsprechenden corticalen Centren bei der Nervendehnung mag auch dazu beigetragen haben, ein solches Aequivalent der Anfälle hervorzurufen. Herr Mendelsohn sieht in den stattgehabten Temperatursteigerungen ein Moment, welches gegen eine solche Deutung spricht. Auch die berühmte hysteroepileptische Schläferin in der Salpetrière zeigt niemals erhöhte Temperaturen. Herr Michelson führt dagegen einen in Dorpat beobachteten Fall von epileptischem Schlaf an, bei welchem zugleich Fieber bestand.

3) Herr Kernig spricht über das blutige Sputum der Hysterischen und zeigt eine Probe solchen Auswurfs vor. Vortragender hat bisher 4 derartige Fälle beobachtet:

Den ersten Fall beobachtete Kernig vor längeren Jahren an einer jungen Dame aus der russischen Aristokratie, die unter seiner Beobachtung während mehrerer Monate immerfort alltäglich dasselbe ganz gleichförmige blutige Sputum, wie es unten näher beschrieben werden soll, producirte. Die Lungen waren vollständig gesund und sind es bis jetzt geblieben, wie Kernig Gelegenheit hatte zu erfahren[1]). Schon damals kam K. zu der Ueberzeugung es mit einem Symptom hysterischen Ursprungs zu thun zu haben — Pat. machte entschieden den Eindruck einer Hysterischen — und wurde in dieser Auffassung bestärkt, als im Jahre 1886 im deutschen Archiv für klinische Medicin Band 38 der Aufsatz von E. Wagner «Ueber ein eigenthümliches Sputum bei Hysterischen» erschien. Wagner schildert hier denselben Auswurf an vier Fällen, wie ihn K. in seinen Fällen beobachtet hat.

Der zweite Fall betraf eine junge Dame aus den baltischen Provinzen, die Kernig am 10. März 1890 zum ersten Mal untersuchte. Sie wurde ihm zugeführt mit der Angabe seit mehr als einem Jahr fast alle Morgen etwas blutig gefärbten Speichel auszuwerfen, der Auswurf soll auch unabhängig von Husten vorkommen, und wurde die Angabe hinzugefügt, dass die Dame im Frühjahr 1888 und 1889 längere Zeit hindurch Abends Spuren von Fieber gehabt haben soll. Kernig fand die Lungen und das Herz vollständig normal, Larynx und Trachea normal, und erfuhr, dass schon ein Mal in Reval und dann von Prof. Dehio in Dorpat die Abwesenheit von Tuberkelbacillen in dem Auswurf constatirt worden sei. Am 23. October 1891 sah Kernig die Kranke zum zweiten Mal, sie kam wieder mit der Angabe allmorgendlich Blut im Munde zu haben, was nun schon fast drei Jahre, seit Weihnacht 1888, gleichmässig andauere. Die Dame war jetzt seit 9 Monaten verheirathet, war zu Anfang des Jahres 1891 bei Gerhardt gewesen, der sie wegen einer Affection der rechten Lunge nach Egypten geschickt hatte, wo sie die Frühjahrsmonate verbracht hatte. In der That fand sich jetzt eine ganz geringe Schrumpfung der rechten Spitze, die rechte vordere obere Thoraxgegend wurde etwas weniger gehoben als die linke, und war bis zur zweiten Rippe ganz leicht gedämpft mit etwas abgeschwächtem Athmen, in der rechten Fossa supraspinata deutlichere Dämpfung mit abgeschwächtem Inspirium und hörbarem Exspirium. Die Dame war fieberlos und hatte seit dem Frühjahr 12 Pfd. an Gewicht zugenommen. Das Herz normal. Die Untersuchung der blutigen Flüssigkeit, welche allmorgendlich entleert wurde, war von den Herren DDr. Delacroix und Biel vorgenommen worden und hatte ergeben, dass diese blutige Flüssigkeit sich in zwei Schichten sondere, eine obere klare und einen Bodensatz: In letzterem waren von Dr. Delacroix nur rothe Blutkörperchen und Plattenepithelien und keine Tuberkelbacillen gefunden worden während die chemische Untersuchung durch Dr. Biel schwach saure Reaction, starken Eiweissgehalt, undeutliche Reaction auf Rhodan, dagegen starke Reaction auf Diastaseferment ergeben hatte. Die Flüssigkeit verwandelte Stärkeabkochung in Zucker (salpetrige Säure war nicht nachweisbar). — Das Zahnfleisch war an einigen Zähnen leicht gelockert und soll leicht bluten. Die Dame zeigte ein etwas hysterisches Wesen, befindet sich aber gegenwärtig, 1½ Jarh nach der letzten Untersuchung, wie Kernig soeben erfährt, ganz wohl. — Man sieht, dass in diesem Falle der 3 Jahre lang anhaltende tägliche blutige Auswurf in grobem Widerspruch steht zu der geringfügigen einseitigen Spitzenschrumpfung. Auch unter den vier Kranken Wagner's findet sich eine, die schliesslich tuberkulös wurde, aber auch Wagner hält das für einen Zufall.

Als dritten Fall führt Dr. Kernig eine junge verheirathete Dame an, die in den ersten Tagen des Januar 1892 zu ihm kam mit der Angabe, seit September 1891 fast täglich ca. ½ Esslöffel Blut auszuwerfen, dass ihr angeblich im Halse aufsteige und ohne Husten in's Taschentuch entleert werde; unmittelbar darauf könne sie ungefärbten Schleim abhusten. Doch gab die Kranke an, eigentlich gegenwärtig nicht an Husten zu leiden. Zahnfleisch, Mund- und Rachenhöhle erwiesen sich absolut normal, ebenso Lungen und Herz, Leber und Milz erschienen ein wenig vergrössert. Patientin klagte über Appetit- und Schlaflosigkeit. Ihr wurde ein Infusum Valerianae mit Kali bromatum verordnet. — K. bekam eine Probe des Auswurfs zugesandt. Es waren ca. 15—20 ccm einer dünnschleimigen, dunkelblutig gefärbten Flüssigkeit, die nach mit Blut gefärbtem Mundspeichel aussah. Mikroskopisch fanden sich massenhaft Bakterien und Pilzsporen, spärliche rothe und weisse Blutkörperchen, Plattenepithelien.

Als Pat. nach einer Woche wiederkam, machte sie die Angabe viel weniger nervös zu sein und Schlaf bekommen zu haben, auch sei der blutige Auswurf nur zwei Mal im Laufe der Woche vorgekommen. Pat. befand sich damals im Beginn einer Schwangerschaft. Sie ist später im Herbst niedergekommen und als K. die Dame jetzt, Februar 1893, gelegentlich eines Catarrhs der obern Luftwege wiedergesehen hat, fand er ihre Lungen gesund. Der blutige Auswurf kommt jetzt nicht vor; der geringe catarrhalische Auswurf, der jetzt producirt wurde, enthielt keine Tuberkelbacillen (drei Mal untersucht).

Den vierten Fall hat K. soeben in Behandlung, und von ihm stammt die blutige Flüssigkeit, die K. in der Sitzung vorzeigte. Er betrifft abermals eine junge, im Anfang der Zwanziger stehende Dame, die am 19. Januar a. c. zu K. kam mit der Angabe, seit October 1892, also seit 3 Monaten, jeden Morgen beim Aufwachen den Mund voll Blut zu haben, das ohne allen Husten ausgeworfen werde, die Lungen erwiesen sich als vollständig normal, Herz und Leber ebenso, die Milz deutlich, ziemlich erheblich vergrössert. Die Mundhöhle frei, geringe granuläre Pharyngitis, deutliche Injection des Larynxeinganges, geringe Röthung der Stimmbänder. (Diese geringen Veränderungen am Larynx waren bei einer spätern Untersuchung schon geschwunden.) Der allgemeine Ernährungszustand gut. Die Pat. gab an zuweilen schlaflos zu sein, ihr Benehmen wies auf Hysterie hin und machte sie ferner die sonderbare Angabe, dass ihr jeden Morgen die Brüste frieren.

[1]) Nachträglich hatte K. die Möglichkeit sich selbst zu überzeugen, dass die Lungen auch jetzt gesund sind. Die Dame giebt jetzt an, dass der blutige Auswurf im Ganzen sieben Jahr lang gedauert haben soll.

Auch Wochen später blieb sie bei dieser Angabe. — Der Kernig zugestellte Auswurf erwies sich als dunkel blutig seröse Flüssigkeit, die nach einigem Stehen sich in zwei Schichten theilt: oben stark blutig gefärbtes Serum, unten eine mehr graue, etwas krümlige Schicht, die massenhaft Pflasterepithelien und rothe Blutkörperchen sowie Coccen und Stäbchen enthält, Lymphkörperchen nur sehr spärlich, etwa dem Blutgehalt entsprechend, keine Tuberkelbacillen.

Kernig hat noch wiederholt die Lungen dieser Patientin untersucht und dieselben gesund gefunden.

Kernig hebt noch ein Mal die Eigenthümlichkeiten dieses Auswurfs hervor. In allen vier Fällen ist es immer dieselbe dunkel blutigseröse Flüssigkeit mit grauröthlichem Absatz unten gewesen, die durch Monate, in einem Falle 3 Jahre hindurch gleichmässig und fast immer Morgens ausgeworfen wurde von Personen, deren Lungen und Luftwege sich normal erwiesen, oder bei denen die vorhandenen Abnormitäten in gar keinem Verhältniss standen, namentlich zu der langen Dauer des blutigen Auswurfs. Sämmtliche Fälle betrafen, auch die vier Fälle Wagner's, jugendliche Frauenzimmer im zweiten und dritten Jahrzehnt, die mehr oder weniger deutliche hysterische Symptome aufwiesen. — Der mikroskopische Befund, die massenhaften Pflasterepithelien, sowie die chemische Untersuchung in Kernig's zweitem Falle, weisen doch wohl auf die Mundhöhle hin als Ursprungsstätte dieses Auswurfs; auch Wagner hält dieses für das Wahrscheinlichste.

Secretär: E. Blessig.

Vermischtes.

— In der am 12. Mai abgehaltenen Jahresversammlung der hiesigen Pirogowschen chirurgischen Gesellschaft wurde Prof. W. A. Ratimow zum Präsidenten, Prof. E. W. Pawlow zum Vicepräsidenten, Dr. A. P. Selenkow zum Secretär, Dr. A. A. Trojanow zum Cassirer und Dr. A. A. Kadjan zum Bibliothekar gewählt. Prof. Pawlow und Dr. Selenkow bekleideten bereits im vorigen Jahre die erwähnten Aemter in der Gesellschaft. Die Versammlung votirte einstimmig dem bisherigen Präsidenten Dr. Alexander Ebermann den Dank für seine der Gesellschaft gewidmete nutzbringende Thätigkeit.

— Der Prosector Dr. J. E. Schawlowski hat sich mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie als Privatdocent für normale Anatomie an der genannten Academie habilitirt.

— Oberarzt Dr. J. A. Ssorokin, das älteste Mitglied des Verwaltungscomités der Medicinischen Unterstützungscasse ist wegen zerrütteter Gesundheit aus dem Comité ausgetreten und ist an seine Stelle Dr. A. A. Trojanow gewählt worden.

— Verstorben: 1) Am 8. Mai in der Stadt Jyväskylä (Finnland) der emeritirte Bezirksarzt Dr. Schildt im Alter von 83 Jahren. Der Verstorbene ist fast 50 Jahre in der Commune Jyväskylä als Arzt thätig gewesen und hat derselben ein Kapital von 40,000 Fin. Mark als Grundfonds zur Errichtung einer Universität daselbst geschenkt. Neben seiner ärztlichen Praxis hat Sch. auch viel zur Hebung der finnischen Sprache und Literatur beigetragen. 2) Im Flecken Berschad (Podolien) der Dorfarzt Mich. Domanicki am Flecktyphus, den er sich bei der Behandlung von Typhuskranken in seinem Bezirk zugezogen hatte. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung an der Universität Kiew erhalten, an welcher er vor 5 Jahren den Cursus absolvirte. 3) In Ust-Dwinsk (Dünamünde) am 14. Mai der Oberarzt der dortigen Festungs-Artillerie, Dr. Peter Teleshnikow, nach längerer Krankheit. 4) Am 20. Mai n. St. in Rom der berühmte Physiologe Prof. Dr. Jakob Moleschott an Apoplexie im 71. Lebensjahre. In Herzogenbusch (Holland) als Sohn eines Arztes geboren studirte M. in Heidelberg Medicin und war dann einige Jahre Arzt in Utrecht. 1847 kehrte er nach Heidelberg zurück und habilitirte sich dort als Privatdocent für Physiologie und Anthropologie. In diese Zeit fallen seine Hauptschriften, welche seinen Ruf begründeten; seine «Physiologie der Nahrungsmittel», «Physiologie des Stoffwechsels in Pflanzen und Thieren» und sein «Kreislauf des Lebens». Als er i. J. 1854 wegen seiner materialistischen Lehren vom Senat der Universität auf Befehl der Regierung eine Verwarnung erhielt, legte er sein Lehramt nieder, wurde aber bald darauf an das Polytechnicum in Zürich, und von dort 1861 an die Turiner Universität berufen. Die italienische Regierung zeichnete den grossen Gelehrten durch die Ernennung desselben zum Senator aus und versetzte ihn 1878 an die Universität Rom, wo er bis zu seinem Lebensende wirkte. Seine Verdienste um die Wissenschaft und namentlich auch um die Verbreitung germanischer Wissenschaft in seiner zweiten Heimath Italien sind ja bekannt. Welches Ansehen Moleschott als Gelehrter in der ganzen Welt sich erworben hat, bewies die ungewöhnliche internationale Theilnahme an der Feier seines 70. Geburtstages. 5) Am 10. (22.) Mai in Chicago (Illinois) der dortige Arzt Dr. Wilh. Heissler nach schwerer Krankheit. Der Heimgegangene war am 3. März 1860 zu St. Petersburg geboren und bezog im Jahre 1877 die Universität Dorpat, wo er bis 1883 Medicin studirte. Nach Erlangung des Arztgrades in Dorpat lebte H. einige Zeit in Wiesbaden und siedelte 1886 nach Amerika über, wo er sich in Chicago als praktischer Arzt niederliess.

— Der bekannte Physiologe Prof. Schiff in Genf ist zum correspondirenden Mitgliede der Pariser Académie de médecine erwählt worden.

— Zum Director der Wiener Poliklinik ist an Stelle des verstorbenen Prof. Schnitzler der bisherige Stellvertreter desselben Prof. Dr. Alois Monti (Pädiater) und zum stellvertretenden Director der Professor der Augenheilkunde, Dr. Ludw. Mauthner, gewählt worden.

— Wir haben folgende Zuschrift erhalten:

(VIII. internationaler Congress für Hygiene und Demographie.)

Im Sinne des Beschlusses des in London abgehaltenen VII. Congresses für Hygiene und Demographie wird der VIII. Congress bekanntlich im Jahre 1894 in Budapest abgehalten werden, und zwar über Einladung der Municipalität der Haupt- und Residenzstadt, so dass der Congress Gast der Hauptstadt sein wird. Die Organisations- und Executi.-Comité's sind mit der Vorbereitung bereits vollauf beschäftigt. — Se. Majestät Franz Josef I., Kaiser von Oesterreich und apostolischer König von Ungarn, hat das Protectorat übernommen. — Die beiden Abtheilungen für Hygiene und Demographie werden die folgenden Sectionen umfassen:

I. Abtheilung. Hygiene.

1. Section: Aetiologie der Epidemien. (Bakteriologie.)
2. « Prophylaxis der Epidemien.
3. « Gewerbe-Hygiene.
4. « a) Hygiene der Kinderpflege.
   b) Schulhygiene.
5. « Nahrungsmittel.
6. « a) Hygiene der öffentlichen Gebäude.
   b) Wohnungshygiene.
7. « Hygiene der Städte.
8. « a) Eisenbahn- und Schifffahrts-Hygiene.
   b) Touristenwesen.
9. « a) Militär-Sanitätswesen.
   b) Rothes Kreuz.
   c) Erste Hülfe.
10. « Hygiene der Bäder.
11. « Staatsarzneikunde.
12. « Veterinärwesen.
13. « Pharmacie.

II. Abtheilung. Demographie.

1. Section: Geschichte.
2. « Anthropometrie.
3. « Technik der Demographie.
4. « Demographie der Urproducenten.
5. « Gewerbearbeiter.
6. « Demographie der grossen Städte.
7. « Statistik der körperlichen und geistigen Defecte.

Die vorbereitenden Comité's der einzelnen Sectionen sind gegenwärtig mit der Zusammenstellung jener Fragen beschäftigt, deren Berathung sie in erster Reihe für erwünscht halten; sie werden dann gleich an die betreffenden Fachmänner die Aufforderung richten, die Abhaltung der bezeichneten Vorträge zu übernehmen, diese Aufforderungen werden schon in einigen Tagen an die betreffenden Gelehrten abgeschickt werden.

Prof. Dr. Koloman Müller, General-Secretär.
(Rochus-Spital.)

— Im Verein St. Petersburger Aerzte ist ein Schreiben der russischen syphilidologischen und dermatologischen Gesellschaft eingelaufen mit der Proposition, die wichtige Frage über das ärztliche Berufsgeheimniss einer vorläufigen Berathung zu unterziehen. Ausführlich soll diese Frage auf dem bevorstehenden Aerztecongress zum Andenken an Pirogow (im December a. c.) erörtert werden. Gleichzeitig hat die genannte Gesellschaft die Thesen eingesandt, die auf ihren Sitzungen vom 27. Februar und 20. März in Bezug auf die Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses bei syphilitischen und venerischen Krankheiten formulirt worden sind. Da diese Thesen ganz gut als Handhabe für eine weitere Discussion zu brauchen sind, drucken wir sie nachstehend in deutscher Uebersetzung ab.

I. Alles, was der Kranke über seine Krankheit und auf sie bezügliche Umstände dem Arzt mittheilt, Alles was der Arzt bei der objectiven Untersuchung findet, ebenso alle Nachrichten die der Arzt kraft seines Amtes (bei Ausübung seiner Pflichten) erfährt, alles Dieses bildet ein Geheimniss des Kranken.

II. In Bezug auf das Geheimniss des Kranken kann der Arzt eine zweifache Stellung einnehmen, je nachdem ob: 1) der Kranke sich an den Arzt um medicinische Hülfe wendet und der letztere sich in der Lage des behandelnden Arztes befindet, oder 2) der Arzt den Kranken in amtlicher Stellung oder auf Verlangen der Obrigkeit untersucht und sich dem

Kranken gegenüber als Expert in dienstlicher Function befindet.

III. Der Arzt, wenn er einen Kranken behandelt, der sich an ihn um ärztlichen Rath gewandt hat, ist mit Ausnahme der im folgenden Paragraphen genannten Fälle verpflichtet, unbedingt das Geheimniss des Kranken, sowohl bei dessen Lebzeiten, als nach dessen Tode zu bewahren.

IV. Das Geheimniss des Kranken kann vom behandelnden Arzt bekannt gemacht werden

a. mit Erlaubniss oder auf Forderung des Kranken selbst.

b. bei Minderjährigkeit oder Unzurechnungsfähigkeit des Kranken den Personen gegenüber, unter deren Vormundschaft der Kranke steht (Eltern, Erzieher, Vormünder etc.).

c. bei mündlicher oder schriftlicher Consultation mit einem andern Arzt — in den Ausnahmefällen, wenn der Kranke seine Erlaubniss nicht geben kann.

V. Falsche Angaben und falsche Zeugnisse des behandelnden Arztes, die die Wahrung des Geheimnisses zum Zweck haben, brauchen nicht zugelassen zu werden. Der behandelnde Arzt kann ein Zeugniss ohne Nennung der Krankheit ausstellen.

VI. Das Geheimniss des Kranken kann nicht unbedingt vom Arzt gewahrt werden, wenn dieser den Kranken in dienstlicher Function (Militär-, Polizeiärzte etc.) oder als Expert (auf Forderung des Gerichts, der Polizei, der Militärbehörde) untersucht. In allen genannten Fällen theilt der Arzt die Resultate der Untersuchung einzig und allein den Personen mit, die ihm die Untersuchung aufgetragen haben.

VII. Die Untersuchung irgend Jemandes, wer es auch sei, auf Wunsch von Privatpersonen oder Privatgesellschaften und die Mittheilung des Untersuchungsbefundes wird nicht anders gestattet, als mit Einwilligung der zu untersuchenden Person.

VIII. Die Wahrung des Geheimnisses des Kranken muss nicht nur den Aerzten, sondern auch den Pharmaceuten und dem ganzen niedern medicinischen Personal (Feldscher, Feldscherinnen, Hebammen, barmherzige Schwestern) zur Pflicht gemacht werden.

— Die ausserordentlichen Professoren der Psychiatrie und Neurologie Dr. Jakob Anfimow, der Opthalmologie Dr. Jerofejew und der Geburtshülfe und Gynäkologie Dr. Grammatikati sind zu ordentlichen Professoren auf den von ihnen eingenommenen Lehrstühlen an der Universität Tomsk befördert worden.

— Der Privatdocent der Gynäkologie an der Breslauer Universität, Dr. Eugen Fraenkel, ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

— Vom Medicinaldepartement ist die Zahl der Dorfärzte im Astrachanschen Gouvernement von 5 auf 12 vermehrt und zugleich ihr Jahresgehalt von 400 Rbl. auf 1140 Rbl. erhöht worden. Die fehlenden Aerzte werden durch besondere Bekanntmachungen gesucht werden.

— Mittelst Verfügung des Ministers des Innern vom 28. April 1893 ist es den Landschaftsärzten und Feldschern gestattet worden, ihre Correspondenz mit den Landschafsämtern portofrei per Post zu versenden. Ebenso ist die Uebersendung von Sanitätsmittheilungen auf offenen Postkarten an die Adresse der Stadt- und Landschaftsämter, sowie der Medicinalverwaltungen vom Postporto befreit. Die Adressseite solcher Schreiben muss mit dem Stempel der obigen Institutionen versehen sein.

— Die Vorarbeiten zur I. allrussischen hygienischen Ausstellung in der Michaelmanege hierselbst schreiten rüstig vorwärts, so dass die Eröffnung der Ausstellung voraussichtlich am 21. dieses Monats wird stattfinden können.

— Die Moskauer Stadtduma hat mit grosser Majorität beschlossen, die allrussische hygienische Ausstellung nicht zu beschicken, da die Zeit zu einer würdigen Betheiligung zu kurz ist. Dagegen hat sie der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit 1000 Rbl. zu Ausstellungszwecken bewilligt und 300 Rbl. zur Absendung von Delegirten auf die Ausstellung angewiesen.

— Die von uns, wie auch von vielen anderen Blättern, aus der «Frankfurter Ztg.» herübergenommene Nachricht über die Entdeckung einer warmen Mineralquelle in Frankfurt a/Main erweist sich, wie die genannte Zeitung nachträglich mittheilt, als ein Aprilscherz. Es ist uns unverständlich, wie ein geachtetes Blatt seinen Lesern einen solchen Humbug auftischen konnte.

— Prof. Dr. Dujardin-Baumetz hat der Pariser «Académie de médecine» die Mittheilung gemacht, dass es den DDr. Dubief und Bruhl gelungen sei, den specifischen Erreger des Flecktyphus zu entdecken und zu züchten. Ob er der richtige ist, bleibt abzuwarten, da vor den obgenannten Entdeckern bereits der Jenenser Botaniker Hallier und nach ihm noch mehrere andere Forscher (im vorigen Jahre auch Prof. Lewaschew in Kasan) den Flecktyphus-Bacillus gefunden haben wollten, bis jetzt aber derselbe in der med. Welt noch nicht anerkannt worden ist. Bei jedem der Entdecker hat der Bacillus eine andere Gestalt. Nach Angabe der jetzigen Entdecker soll er ein Diplococcus sein, der sich massenhaft in den Luftwegen (Nase, Rachen, Kehlkopf, Lungen), dagegen sehr selten im Blute und in der Milz vorfindet.

— Das neueste Cholera-Bulletin bringt Nachrichten über den Stand der Cholera in Russland aus 5 Gouvernements. Im Gouv. Kursk sind vom 1—30. April 6 Erkrankungen und 5 Todesfälle vorgekommen, in der Stadt Orel vom 1—7. Mai 1 Erkr. und 1 Todesfall, im Gouv. Ssaratow und Tambow ist im ersteren 1 Erkrankung und im letzteren 1 Todesfall festgestellt worden. Das Gouv. Nishni-Nowgorod hat vom 1—7. Mai weder eine Erkrankung noch einen Todesfall gehabt.

Im Süden Frankreichs, in Cette, gab es laut Nachricht vom 10/22. Mai 6 Todesfälle an choleraartiger Krankheit. Galizien ist seit dem 10 Mai seuchenfrei. In Wandsbeck bei Hamburg ist eine Erkrankung an der Chol. asiat. constatirt worden.

Die Influenza weist im ganzen Auslande einen Nachlass auf, dagegen gewinnt sie bei uns an Ausbreitung.

Der Flecktyphus in Frankreich (Paris, Amiens, Lille und anderen Ortschaften) hat bis zum 15. April 303 Erkrankungen mit 95 Todesfällen verursacht.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 15. Mai d. J. 6320 (2 weniger als in der Vorw.), darunter 184 Typhus— (6 weniger), 533 Syphilis — (9 weniger), 67 Scharlach — (9 weniger) 7 Diphtherie — (3 weniger) 12 Masern — (= Vorw.) and 31 Pockenkranke — (13 mehr als in der Vorw.).

Vacanzen.

1) Beim Poltawa'schen Gouvernements-Landschaftshospital ist das Amt des Prosectors erledigt. Der Prosector hat die Sectionen, sowie die mikroskopischen, bakterioskopischen u. chemischen Untersuchungen im Hospital auszuführen und die Abtheilung für acute Infectionskrankheiten zu leiten. Ausserdem hat derselbe in der Feldscherschule in der Anatomie zu unterrichten. Gehalt 1500 R. und für den Unterricht in der Feldscherschule 500—600 Rbl. jährlich. Die Meldung hat bis zum 15. Juni d. J. bei der «Полтавская Губернская Земская Управа» zu geschehen.

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Nowousensk (Gouv. Ssamara). Gehalt 1000 Rbl. jährlich; für die Zeit vom 1. Mai bis 1. Oct. wird eine Zulage von 50 Rbl. monatl. gezahlt. Das Leben des Arztes wird auf 5000 Rbl. versichert. Telegraphische Meldung bei der «Новоузенская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 9. bis 15. Mai 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
367	313	680	140	66	77	8	8	18	73	62	66	49	63	39	8	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 8, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 2, Scharlach 9, Diphtherie 3, Croup 1, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 58, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 117, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 1, Lebensschwäche und Atrophia infantum 47, Marasmus senilis 32, Krankheiten des Verdauungscanals 52, Todtgeborene 18.

Довв. ценз. Спб. 21 Мая. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge **X.** Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den **Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.**

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 22 St. Petersburg, 29. Mai (10. Juni) **1893**

Ueber einige pathologische Schlafzustände.

(Nach einem im Vereine praktischer Aerzte zu Riga gehaltenen Vortrage.)

Von

Dr. med. Heinrich Dehio

in Rothenberg.

Im Anfang dieses Jahres hatte ich Gelegenheit, einen Fall von mehrtägigem, ununterbrochenem Schlaf bei einer Epileptischen zu beobachten. Dadurch wurde ich veranlasst, die mir zugängliche Literatur nach pathologischen Schlafzuständen zu durchforschen; in der folgenden Uebersicht habe ich die grosse Literatur der hysterischen Schlafzustände nur flüchtig berührt, indem mich hauptsächlich die bei Epileptischen vorkommenden Formen interessirten.

Die ältere Literatur kennt wohl eine grosse Anzahl von Beobachtungen schlafähnlicher Zustände, welche meist unter dem Namen des Scheintodes angeführt werden. Aber die Mehrzahl derselben ist anekdotenhaft erzählt und von manchen derselben gilt der Ausspruch Abercrombie's «ich habe den Verdacht, dass viele dieser Fälle verschönert sind und andere sich auf Betrug gründen».

Wie verschwommen die Anschauungen im Beginn dieses Jahrhunderts noch waren, lehrt das Kapitel über die Schlafsucht aus dem Lehrbuch der Hirn- und Rückenmarkskrankheiten des genannten Autors, welches 1821 in deutscher Uebersetzung erschienen ist. Unter den aufgezählten Fällen findet sich: 4tägiger Schlaf nach der Krisis eines «Faulfiebers» mit nachfolgender schwerer Demenz, mehrere postfebrile Psychosen, welche unter dem Bilde der Verwirrtheit verliefen, Coma bei apoplektischem Insult und ähnliche Fälle. Daraus geht hervor, dass die verschiedensten Zustände, welche mit Bewusstseinstrübung einhergehen, unter diesem Namen zusammengefasst wurden.

Erst seitdem die Lehre von der Hysterie durch die Schule der Salpetrière eine festere Gestaltung erhalten und namentlich die bunte Mannigfaltigkeit der hysterischen Zufälle durch Zurückführung auf einen Typus, den grossen hysterischen Anfall, sich nach einheitlichem Gesichtspunkte ordnen liess, gewinnen auch die in der Literatur sich findenden Fälle an Klarheit und aus der grossen Menge hysterischer Schlafzustände lassen sich einzelne Beobachtungen aussondern, denen eine selbständige Bedeutung zukommt.

Zwei Formen sind freilich durch die Eigenart ihres Auftretens schon früher als krankhafte Zustände sui generis erkannt worden. Die eine derselben, die sog. Schlafkrankheit der Neger, ist eine tropische Krankheit und bietet daher für uns nur ein wissenschaftliches Interesse, während die andere Form von Schlafsucht unter dem Namen Nona während der letzten Influenzaepidemie viel von sich reden machte, nachdem sie seit dem Jahre 1718, in welchem gleichfalls eine heftige Influenzaepidemie Europa überzog, nicht mehr beobachtet worden war[1]).

Das Vorkommen schlafähnlicher Zustände bei manchen schweren Ernährungsstörungen, Diabetes, Malaria, einigen Intoxicationen, beim Erfrieren, bei der Chorea, will ich hier nur erwähnen, da dasselbe bei der Diagnose immer zu berücksichtigen ist. Auch bei organischen Hirnerkrankungen, namentlich den raumbeschränkenden, kommt statt des Coma eine ausgeprägte Schlafsucht zur Beobachtung. In allen diesen Fällen werden die leicht nachzuweisenden Symptome einer schweren allgemeinen oder Organerkrankung uns auf den richtigen Weg hinweisen. Wichtiger ist die im Beginn der progressiven Paralyse und der senilen Demenz zuweilen beobachtete Neigung zu plötzlichem Einschlafen. Diese Erscheinung beruht wol meistentheils auf der geringen Widerstandsfähigkeit der zerfallenden Persönlichkeit gegenüber den auftauchenden Trieben, aber man muss auch daran denken, dass Anfälle von Einschlafen eine Erscheinungsform der Epilepsie sein

[1]) Longuet. «Ueber die Nona». Sem. méd. 9. Juni 1892.

können. Charcot findet in seinem neuesten Werke[2]) mehrfach Gelegenheit darauf hinzuweisen, dass epileptische Anfälle mannigfacher Art jahrelange Vorboten der Paralyse sein können. Im gegebenen Falle wäre also auch diese Möglichkeit zu berücksichtigen.

Noch eine andere Gruppe von Fällen bedarf einer gesonderten Besprechung, nämlich diejenige Schlafsucht, welche im Verlaufe von Psychosen zur Beobachtung gekommen ist. Viele dieser Fälle verdienen überhaupt nicht die Bezeichnung der Schlafsucht, so der Fall von Szczygiorski[3]), dessen Kranker, an chronischer Paranoia mit Verfolgungsideen leidend, mehrere Wochen wie schlafend im Bett lag, aber die ihm gereichten Speisen mit den Lippen ergriff und verzehrte. Er erwachte erst, als ihm der rechte Hode energisch gedrückt wurde und schlief später auch nicht mehr am Tage, nachdem ihm die Wiederholung dieses Experimentes angedroht war; über die Umstände dieses Zustandes verweigerte er jede Auskunft. Auch der von Senator in den Charité-Annalen 1887 unter dem Titel «über einen Fall von sog. Schlafsucht mit Inanition» mitgetheilte Fall erwies sich bei genauerer Untersuchung als eine katatonische Psychose.

Bei dieser im Laufe von Geisteskrankheiten beobachteten längerdauernden Schlafsucht handelt es sich mit grosser Wahrscheinlichkeit um Stupor, namentlich um den negativistischen Stupor, welcher beim katatonischen Wahnsinn, aber auch bei der Paranoia vorkommt. Eine oberflächliche Aehnlichkeit mit dem Schlafe ist wohl vorhanden, eine genauere Untersuchung und die Anamnese werden aber meist genügende Anhaltspunkte für die Diagnose liefern. Die nicht wenigen in der Literatur vorhandenen Fälle sind nicht gerade geeignet, diese Auffassung zu erschüttern.

Am genauesten studirt und am häufigsten beobachtet sind die bei Hysterischen vorkommenden Schlafzustände. Sie werden meist als Lethargie bezeichnet. Schon dieser Name deutet auf die nahe Verwandschaft mit den durch die Hypnose erzeugten Zuständen hin. Sie sind kein häufiges Symptom der Hysterie (Briquet konnte unter 480 Fällen nur 8 mal Lethargus verzeichnen) aber in ihrer Erscheinungsform sehr mannigfaltig. Schon die Dauer ist sehr verschieden, von wenigen Augenblicken bis zu Jahren; Gilles de la Tourette sah eine Kranke, welche 4 Jahre im Schlafzustande gelegen, Semelaignes beschreibt eine, welche von 8 Jahren 4 Jahre und $7^1/_2$ Monate im Lethargus zubrachte. Sie treten entweder unabhängig von hysterischen Krampfanfällen auf, oder schliessen sich an solche an, oder der hysterische Krampfanfall kommt im Verlauf des Lethargus zur Erscheinung.

Die leichtesten Formen gleichen in vieler Beziehung den gewöhnlichen Ohnmachtsanwandlungen der Hysterischen.

V. Holst hat im ersten 1886 erschienenen Bericht über die Thätigkeit seiner Heilanstalt für Nervenkranke eine vorzügliche Schilderung solcher Anfälle gegeben und betont, dass im Gegensatz zur Ohnmacht das Gesicht nicht blass, sondern eher geröthet erscheint, die Herzthätigkeit ungestört fortdauert, die Respiration aber auf ein Minimum reducirt ist. Dadurch erklärt sich auch die oft lange Dauer der Anfälle, ohne dass Gefahr für's Leben eintritt. Gegen Weckversuche verhalten sich die Kranken sehr verschieden, in manchen Fällen sind sie leicht zu wecken, in anderen Fällen reagiren sie nur auf besondere Reize. In einem Falle hatte Holst Gelegenheit, eigenthümliche Prodromalerscheinungen zu beobachten, wie sie oft den grossen Krampfanfällen vorhergehen.

Während solche leichtere Zufälle nur die Aufmerksamkeit eines gewiegteren Beobachters auf sich ziehen dürften, dagegen der gegen das launenhafte Krankheitsbild der Hysterie meist schon abgestumpften Umgebung nicht auffallen werden, kann längere Dauer und Schwere der Anfälle doch recht alarmirend wirken. Es braucht neben der Herabsetzung der Respiration nur noch das Herz seine Thätigkeit auf das beim herabgesetzten Stoffwechsel der Hysterischen sehr geringe nothwendige Minimum zu beschränken, so haben wir das Bild des Scheintodes. Alle genau beobachteten Fälle dieser Art lassen sich ungezwungen auf Hysterie zurückführen; da sie ausserdem sehr selten sind, braucht eine solche Möglichkeit am Sterbebette für gewöhnlich nicht in Rechnung gezogen zu werden. Als Beispiel will ich einen von Rosenthal[4]) genau beschriebenen Fall anführen:

Während einer Reise über Land wurde R. zu einer 24-jährigen, nervösen Frau gerufen, welche nach einer heftigen Gemüthserregung in Krämpfe und Bewusstlosigkeit verfallen war und trotz aller Versuche kein Lebenszeichen von sich gab; es fehlte das Anhauchen eines vorgehaltenen Spiegels, die Reaction der Haut beim Betropfen mit Siegellack. Von einem Landarzt wurde die Frau schon für leblos erklärt, während ein zweiter noch die Zeichen der Fäulniss abzuwarten rieth. An der leichenblassen Frau, deren Pupillen beim Lüften der Lider auf Licht nicht reagirten und deren schlaffe Gliedmaassen beim Empotheben wie todt niederfielen, war auch an beiden Radialarterien kein Puls wahrnehmbar; ebensowenig ein Herzstoss zu ermitteln. Die Auscultation des Herzens ergab bei vollkommener Ruhe im Zimmer ein schwaches, dumpfes, aussetzendes Geräusch. Der entblösste Thorax war unbeweglich, an den eingesunkenen Bauchdecken jedoch bei genauerem Zusehen eine schwache, langsame Bewegung der Seitenwandungen zu bemerken. Nirgend ein deutliches Athmungsgeräusch zu vernehmen. Erst dadurch, dass auf schwache faradische Reizung deutliche Muskelcontractionen auftraten, konnte das bestehende Leben diagnosticirt werden. Am nächsten Morgen, nach 44-stündigem Scheintod erfolgte spontanes Erwachen der Frau, die seither bis auf ihre Nervosität sich ziemlich wohl befindet.

Diese uncomplicirten Formen des hysterischen Schlafes sind im Allgemeinen selten. Es ist schon darauf hingewiesen worden, dass der Lethargus oft in Beziehung zu den hysterischen Krampfanfällen tritt — auch der citirte Fall von Scheintod entwickelte sich aus einem solchen — ebenso wie die oft vorhandenen Prodromalerscheinungen seine nahe Verwandtschaft mit dem hysterischen Anfall documentiren. Das reine Bild des Schlafes kann aber auch durch das Hinzutreten mancher Symptome complicirt, ja sogar verwischt werden, während wir doch durch die Beobachtung einer continuirlichen Reihe von Zwischenstufen berechtigt sind, auch diese Formen unter das allgemeine Symptomenbild des Lethargus zu subsummiren. Das Wesen des normalen Schlafes ist Ruhe auf allen Gebieten des körperlichen und seelischen Lebens, demnach je nach der Tiefe des Schlafes mehr weniger vollständiger Ausfall aller willkürlichen Functionen; die Respiration und Herzthätigkeit sind verlangsamt; besonders charakteristisch ist aber das Verhalten der Augen: Die Augenstellungen verlieren ihre normale Coordination, es finden langsame, unregelmässige Bewegungen der Augenaxen statt, die Pupille ist stark verengt, reagirt nicht auf Lichteinfall; im Moment des Erwachens erweitert sie sich ad maximum, worauf erst das gewohnte Pupillenspiel beginnt[5]). — In den meisten Fällen hysterischer Lethargie finden wir nun ein ganz anderes Bild. Das Gesicht ist lebhaft geröthet, die Pupillen dilatirt: auf dem motorischen Gebiet finden sich Contracturen, tonische Krämpfe aller Art, namentlich oft Trismus, Katalepsie bis zur ausgeprägten Flexibilitas cerea. Dabei wechseln diese Erscheinungen, schwinden um nach einigen Stunden in derselben oder in anderer Gestalt wiederzukehren. Nicht selten kann man leichte Zuckungen der Gesichtsmuskulatur beobachten, oder es schieben sich aus-

[2]) «Poliklinische Vorträge», übersetzt von J. Freud. 1892.
[3]) Annales méd. psych. 1891. XI. Ref. Neurolog. Centralbl. 1892 p. 94.
[4]) Wiener med. Jahrbücher 1872. Heft 4.
[5]) Wittkowski, Arch. f. Psych. IX. 443.

gebildete Krampfattaken ein. Löwenfeld[6]) hat sogar sehr schwere und beängstigende Glottiskrämpfe während des Schlafanfalles beobachtet. Durch das Auftreten von Krampfanfällen ist aber auch dem Lethargus seine Stellung in der Pathologie der Hysterie bestimmt. Alle Beobachter von Gilles de la Tourette[7]) bis Hitzig[8]) sind darin einig, dass derselbe als unvollständiger hysteroepileptischer Anfall oder als Aequivalent desselben aufzufassen ist. Die Schlafanfälle können ebenso wie der Krampfanfall durch psychische Momente ausgelöst werden, kündigen sich oft durch Prodrome an, wechseln mit Krampfanfällen ab und können in einzelnen Fällen durch Druck auf hysterogene Punkte ausgelöst oder unterbrochen werden. Damit soll aber nicht gesagt sein, dass sie nur in solchen Fällen von Hysterie zur Beobachtung kommen in welchen auch Krampfanfälle auftreten. Sie können sogar das einzige augenfällige Symptom der Erkrankung sein, wie in dem Hitzig'schen Falle, welcher ausserdem ein gutes Beispiel einer traumatischen Hysterie beim Manne ist.

Die Therapie des einzelnen Anfalls kann nach dem Urtheil der meisten Autoren eine ruhig abwartende sein. Bei längerer Dauer ist aber doch für genügende Nahrungszufuhr zu sorgen; auch ist es dann rathsam durch energische Weckversuche die «lethargische Disposition» zu bekämpfen, wobei der elektrische Pinsel oft gute Dienste leistet. Gilles de la Tourette empfiehlt nach etwa vorhandenen hysterogenen Punkten zu forschen, um von diesen aus das Erwachen zu erzielen.

Im Jahre 1877 veröffentlichte Westphal[9]) die Krankengeschichte eines Mannes, welcher ohne sonst irgend welche krankhafte, namentlich hysterische Symptome zu zeigen, an plötzlich auftretenden und schnell vorübergehenden Anfällen von Einschlafen litt. Die Anfälle waren zuerst nach einem Aerger als einige Minuten dauernde Sprachlosigkeit und Zittern aufgetreten; zur Zeit der Beobachtung stellten sie sich als Anfälle regelrechten Einschlafens dar. Mitten im Gespräch oder der Arbeit fallen plötzlich nach einigen krampfhaften Gegenanstrengungen die Augen zu, der Kopf sinkt auf die Brust, die Glieder erschlaffen und Pat. schläft; nach wenigen Minuten reckt er sich, wischt sich die Augen und ist wieder vollkommen wach. Die Anfälle wiederholten sich jeden Tag in grosser Zahl. Einige Male sind auch schwere Anfälle beobachtet worden, in welchen Pat. ganz den Eindruck eines schwer Betrunkenen machte, taumelte, sodass er gehalten werden musste; dabei waren leichte, zuckende Bewegungen der Gesichtsmuskulatur und Kieferbewegungen zu bemerken, die Respiration war beschleunigt, seufzend. Ueber die ganze Zeit des Anfalls hatte Pat. eine genaue Erinnerung. Bemerkenswerth ist noch die Angabe des Kranken, dass seine Mutter an ähnlichen Anfällen leide. Westphal wollte sich kein Urtheil über diesen Fall erlauben; er vergleicht ihn wohl mit den epileptischen Zufällen, aber kann sich doch nicht entschliessen, ihn denselben zuzuzählen, da für die Annahme einer Epilepsie keine Anhaltspunkte vorliegen.

Schon im folgenden Jahre wurde von Fischer[10]) ein ähnlicher Fall veröffentlicht, bei welchem die leichteren Anfälle ganz dem von Westphal geschilderten Bilde entsprechen, während daneben schwere Anfälle mit unzweideutigen epileptischen Symptomen auftraten. Damit war wenigstens der Nachweis erbracht, dass anfallsweises Einschlafen als Erscheinungsform des petit mal auftreten kann ohne dass freilich die Eigenart des Westphal'schen Falles dadurch Einbusse erleidet. Einen dem Fischer'schen ähnlichen Fall referirt Mendel[11]) aus seiner Beobachtung.

Der Pat. hatte früher an Kopfschmerz und Schwindelanfällen gelitten, während welcher er Flammenerscheinungen hatte; gegen Alkohol sehr intolerant, bekam er beim Trinken sofort Gesichtstäuschungen und heftige Aufregungszustände. Ein Jahr vor der Aufnahme war ein Anfall von hochgradiger Angst mit schreckhaften Hallucinationen und nachfolgender vollkommener Amnesie vorgekommen. In der Anstalt zeigte Pat. vorgeschrittene geistige Schwäche und Apathie und hier wurden auch Anfälle von Einschlafen beobachtet. Der Kranke sinkt plötzlich in die Kniee oder legt sich hin, die Augenlider fallen zu, die Augäpfel rollen nach oben, die Pupillen sind eng, ohne Reaction, erweitern sich auch nicht auf sensible Reizung, die Gesichtsfarbe ist blass, Puls 52, die Respiration flach, beschleunigt. Im Beginn des Anfalls besteht vollständige Anaesthesie, später erfolgen auf schmerzhafte Reize Abwehrbewegungen: es besteht während des ganzen Anfalls deutliche Flexibilitas cerea. Nach 10 Minuten bis 1/4 Stunde wacht Pat. unter starken Schweissen auf und fühlt sich sehr schwach. Die Erinnerung ist ganz summarisch.

Auch dieser Fall kennzeichnet sich durch die specifische Intoleranz gegen Alkohol, die Schwindelanfälle mit Flammenerscheinungen, den Dämmerzustand und die Demenz als Epilepsie.

Unterdessen hatte in Frankreich Gelineaux[12]) das anfallsweise Einschlafen besprochen und dafür den Ausdruck «Narkolepsie» aufgebracht. Auch er betont das idiopathische Auftreten desselben und veröffentlicht selbst eine Beobachtung, wo bei einem bisher gesunden Menschen nach einem Schlag auf den Kopf und heftigen Affect Schlafanfälle bis zu 200 an einem Tage auftraten. Auch die nachfolgenden Beobachter, wie Ballet[13]) und Foot[14]) trennen dieselben ausdrücklich von der Epilepsie. Im Ganzen habe ich in der Literatur 5 Fälle von idiopathischem Einschlafen finden können. Leider waren dieselben abgesehen vom Westphal'schen Falle mir nur in knappen Referaten zugänglich, sodass ich von einer Kritik derselben absehen muss. Ausserdem sind auch die Beobachtungen über Schlafanfälle bei unzweifelhafter Epilepsie noch keineswegs abgeschlossen. Die älteren Lehrbücher (Delassauve, Romberg, Eulenburg, Nothnagel) kennen sie noch gar nicht, und in den neueren Arbeiten finden wir immer nur den Westphal'schen und Fischerschen Fall angeführt. — In allen diesen Fällen kann Hysterie wohl nicht in Betracht kommen da jedes weitere Symptom fehlt trotz jahrelanger Beobachtung in einzelnen Fällen. Gegen die Epilepsie spricht der Beginn der Erkrankung in höherem Lebensalter, die ausserordentliche Häufigkeit der Anfälle ohne tiefere Schädigung des psychischen Lebens. Jeder Epileptiker mit so häufigen Anfällen würde bald einer zunehmenden Demenz verfallen sein; sowohl in dem Fischer'schen wie in dem Mendelschen Falle finden wir denn auch die Demenz notirt.

Die Entscheidung, ob Epilepsie oder nicht, ist auch nicht ohne praktische Bedeutung. Westphal hat schon die forensische Wichtigkeit dieser Zustände hervorgehoben, bemerkt aber dabei, dass aus denselben nur auf eine tiefgreifende Alteration des Nervensystems geschlossen werden kann; halten wir sie aber für epileptoide, so kann dadurch im gegebenen Falle die Diagnose eines Dämmerzustandes gestützt werden.

Diesen Fällen idiopathischer Schlafsucht kann ich die von Berkhan[15]) im vorigen Jahre veröffentlichten nicht zuzählen. Seine Beobachtungen beziehen sich näm-

[6]) «Ueber hysterische Schlafzustände» Arch. f. Psych., Bd XXII und XXIII.
[7]) Des attaques du sommeil hystérique (Arch. d. Neurol. 1888 XV pag. 93 u. 266.) Ref. Neurolog. Centralbl. 1888 p. 479.
[8]) Schlafattaque und hypnotische Suggestion. Berlin. klin. Wochenschrift 1892. Nr. 38.
[9]) Arch. f. Psych. Bd. VII. p. 631.
[10]) Arch. f. Psych. VIII, pag. 200.
[11]) Berl. klin. Wochenschrift 1880 Nr. 20.
[12]) Gazette des hôp. 1880 Nr. 79. Refer. Virchow-Hirsch 1880 pag. 81.
[13]) Contribution à l'étude du sommeil patholog. (quelques cas de Narkolepsie). Revue méd. 1882 pag. 945.
[14]) Narcolepsy. Dubl. Journ. of med. Sc. 1886. XII. Refer. Virchow-Hirsch 1886.
[15]) Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd. II. p. 177.

lich auf Kinder und trotzdem nur in einem Falle ausgeprägte epileptische Krämpfe bestanden und in einem andern nächtliche Zuckungen eines Armes notirt sind, ist doch auch in den übrigen eine epileptische Grundlage wahrscheinlich; einer von diesen zeigt Schwachsinn nach einer Kopfverletzung, ein anderer hatte Pavor nocturnus und somnambule Zustände, bei dem letzten ist freilich auch Hysterie nicht sicher auszuschliessen. Dazu kommt, dass die Epilepsie gewöhnlich erst im späteren Kindesalter, resp. in der Pubertät manifest wird (nach Russel Reynolds brach in 40 von 81 Fällen die Epilepsie zwischen dem 10. und 20. Lebensjahre aus, nach Féré entsteht sie meist zwischen dem 13. und 18. Jahre). Ausserdem ist in vielen Fällen die Entstehung der Epilepsie eine derartige, dass zuerst nur epileptoide Zufälle mannigfacher Art, Vertigo epileptica, Absence und andere Formen des petit mal auftreten, aus welchen sich erst, zuweilen nach jahrelangen Pausen, das Bild des haut mal entwickelt. In allen diesen Fällen kann also erst die weitere Entwicklung des Kindes die Entscheidung bringen. Diesen Fällen möchte ich auch den von Moeller[16]) mitgetheilten Fall von Schlafanfällen bei einem 14-jährigen Kinde zurechnen, welches wegen einer gleichzeitig entstandenen Psychose, vielleicht einer originären Paranoia, der Irrenanstalt überwiesen wurde. In diesem Falle sind für die Diagnose ausschlaggebend die neben den Schlafanfällen vorkommenden Bewusstseinspausen, welche ganz der epileptischen Absence gleichen.

Ebenso wie bei der Hysterie kommen aber auch bei der Epilepsie im Anschluss an den grossen Krampfanfall ausgesprochene Schlafzustände vor. Es ist eine gewöhnliche Beobachtung, dass der epileptische Anfall mit einem kürzer oder länger dauernden Schlafe abschliesst, welcher anfangs noch durch vereinzelte Zuckungen das allmälige Abklingen der centralen Erregung verfolgen lässt und dann ohne deutliche Grenze in physiologischen Schlaf übergeht, aus welchem der Pat. leicht zu erwecken ist, wenn man es nicht vorzieht, ihn nach den Strapazen des epileptischen Anfalls sich ausschlafen zu lassen. Gewisse Beziehungen des Schlafes zum Krampfanfall lassen sich auch aus der Thatsache entnehmen, dass die Krämpfe mit Vorliebe des Nachts auftreten (nach Féré erfolgen ²/₃ aller Krampfanfälle zwischen 8 Uhr Abends und 8 Uhr Morgens) und ebenso sind Beobachtungen in grosser Zahl vorhanden, in welchen der Anfall sich durch grosses Müdigkeitsgefühl und Schläfrigkeit ankündigte.

Russel Reynolds erzählt von einer Dame, welche nicht schlief, wenn sie heftige Convulsionen hatte, hingegen den ganzen Tag comatös und in gedrückter Stimmung war, wenn leichte Convulsionen vorhergegangen waren. Diesen im Rahmen der typischen Epilepsie sich haltenden Erscheinungen schliessen sich die Beobachtungen von Siemens[17]) an. Daraus, dass einige Kranke in den gezwungensten Stellungen, in welchen sie der Anfall überrascht hatte, schlafend gefunden wurden, folgert er, dass dieser Schlaf noch als ein Theil des Anfalls aufzufassen sei. In einem seiner Fälle erwähnt Siemens ausserdem beiläufig, dass der Kranke zuweilen plötzlich zu Boden stürzte und einschlief; der Versuch ihn zu wecken rief dann heftige Wuthanfälle hervor. Abgesehen von der auffallenden Stellung unterschied sich dieser Schlaf nicht vom physiologischen.

Einen ausgeprägteren Fall berichtet A. Paris[18]). Nach einem nächtlichen Anfall war der Kranke, ein schon recht degenerirter Epileptiker, am folgenden Morgen nicht mehr zu erwecken; die Pupillen waren weit, reagirten garnicht auf Lichteinfall; man konnte die Glieder in beliebige Stellungen bringen, aber nicht mehr in die frühere Stellung zurückführen.

Nach mehreren Stunden gelang es, durch starken Druck auf den linken Hoden den Pat. aufzuwecken. Am folgenden Tage derselbe Zustand, welcher sich nicht mehr wiederholte.

Der Fall, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte, nimmt eine Mittelstellung zwischen den kurzdauernden spontanen und den an den Krampfanfall sich anschliessenden Schlafzuständen der Epileptiker ein.

Marie N., 30 a. n., mütterlicherseits erblich belastet, leidet seit dem 14. Lebensjahre an anfangs selten, später häufiger auftretenden Krampfanfällen, zu denen in den letzten Jahren heftige Erregungszustände hinzutraten. Am 9. Sept. 1892 wurde Pat. der Anstalt Rothenberg übergeben. Bei der Aufnahme befand sie sich in einem Zustande vollständiger Verwirrtheit mit mässiger motorischer Erregung, welcher in derselben Form noch mehrmals aufgetreten ist, besonders wenn die Anfälle sich häuften. Dabei besteht hochgradiger epileptischer Blödsinn. Die typischen epileptischen Krampfanfälle treten zeitweise fast täglich bis zu 5 an einem Tage auf; die längste bisher beobachtete anfallsfreie Zeit betrug 6 Tage. — Ende December waren mehr Anfälle gewesen (vom 19.—31. 20 Anfälle) und in den letzten Tagen des Monats trat wieder Verwirrtheit auf. Am 1. Januar 1893 erhielt Pat. wegen hochgradiger motorischer Unruhe Sulfonali 3,0 in refr. dosi, beruhigte sich aber erst gegen Abend. Am Vormittag des 2. Januar war Pat. wach, aber ruhig, und schlief nach dem Mittagessen wie gewöhnlich ein. Sie wachte aber nicht mehr auf und wird am Morgen des 3. Januar noch schlafend gefunden. — In Stellung und Aussehen bietet Pat. das Bild des ruhigen Schlafes: die Respiration ist langsam, regelmässig und tief, der Puls klein, weich, c. 72, Temp. 37,2. Die Extremitäten sind rechterseits schlaff, linkerseits besteht leicht überwindbare tonische Spannung, welche übrigens am Abend geschwunden ist; keine Flexibilitas cerea. Keine Reaction auf Nadelstiche, welche übrigens auch im wachen Zustande meist ausbleibt. Die Augenaxen sind parallel, die Pupillen eng, reagiren nicht. Auf lautes Anrufen und Rütteln öffnet Pat. träge die Augen, blickt langsam um sich, bewegt etwas den Kopf, stösst einen unartikulirten Laut aus und schläft weiter. Die Reflexe sind nicht erhöht. Nahrungsaufnahme ist nicht zu erzielen. — In den beiden nächsten Tagen bietet Pat. dasselbe Bild, reagirt nur zuweilen auf Rütteln mit einer ziellosen Armbewegung. Der Puls wird von Tag zu Tag kleiner und schneller. — Am 6. Januar ist die Pulsfrequenz 110, nur noch an der Carotis fühlbar, die Temperatur normal; die Augenbewegungen sind deutlich uncoordinirt, die Pupillen eng. Taktmässiges Hin- und Herrotiren des Kopfes. Am nächsten Tage sollte zur künstlichen Fütterung geschritten werden, doch begann sich das Erwachen vorzubereiten: Pat. führte häufig spontane Bewegungen aus, gab unartikulirte Laute von sich und schluckte auch etwas Wasser, das ihr in den Mund gegossen wurde. Am 8., also nachdem sie fast 6 mal 24 Stunden geschlafen, ist sie ziemlich wach, nur sehr matt und nimmt reichlich Nahrung zu sich.

Protrahirte Sulfonalwirkung kann wohl ausgeschlossen werden, da Pat. nach früheren Erfahrungen wenig auf Schlafmittel reagirte und auch an dem der letzten Abendgabe folgenden Vormittag noch vollständig wach war. Der letzte Krampfanfall war am Abend des 1. Januar, sodass ein directer Zusammenhang mit demselben auch nicht angenommen werden kann. Während der Dauer des Schlafes ist aber kein Krampfanfall aufgetreten, ausserdem fällt die Schlafperiode in ein anfallfreies Intervall von der ungewöhnlich langen Dauer von 11 Tagen. Daraus lässt sich wohl der Schluss ziehen, dass der protrahirte Schlaf in diesem Fall als Aequivalent eines Krampfanfalls oder richtiger einer Anfallserie aufzufassen ist. In der Literatur habe ich nur eine Beobachtung finden können, welche als Analogon zu dem geschilderten Schlafanfall aufgefasst werden darf[19]). Der Kranke litt an ausgebildeten Krampf- und kleinen Schwindelanfällen. Ohne jede besondere Ursache beklagte er sich eines Tages über auffallende Mattigkeit, wurde bettlägerig und verfiel rasch in einen Zustand grosser Apathie. Sein Bewusstsein war nicht eigentlich getrübt, aber äusserst träge. Er beantwortete alle Fragen richtig, aber sehr

[16]) Arch. f. Psych. Bd. XIII. pag. 204.
[17]) Archiv f. Psych. IX. p. 72.
[18]) Arch. d. Neurolog. 1889, IX. Ref. Erlenmeyers Centralbl. 1890 p. 175.
[19]) Féré, Note sur l'apathie épileptique (Revue de Médicine 1891 pag. 211). Refer. Neurol. Centrbl. 1892 p. 17.

langsam. zeigte für nichts Theilnahme, lag regungslos still im Bett. 4 Tage dauerte dieser Zustand an. dann stellte sich langsame Besserung ein, welche aber erst nach weiteren 10 Tagen zur vollständigen Wiederherstellung führte. Bromismus konnte ausgeschlossen werden. Féré recurrirt dabei auf Guislain, der auf diese «Apathie der Epileptiker» aufmerksam gemacht haben soll.

Diese Beobachtung streift aber schon das grosse Gebiet der epileptischen Stimmungsanomalien, deren nähere Erörterung hier zu weit führen würde.

Referate.

S. Trivus: Zur Diagnostik des Pyothorax seu Abscessus subphrenicus. (Медиц. обозрѣніе 1893. № 8.)

Die Diagnose «Pyothorax subphrenicus» wird heutzutage noch selten gestellt. Die von den Autoren angegebenen verschiedenen Merkmale sind so wenig charakteristisch, dass sogar das Zusammentreffen aller in vielen Fällen keineswegs entscheidend ist. Am wichtigsten ist die Unterscheidung von Pleuritis, wobei folgende Punkte geltend gemacht werden: 1) Perforationsperitonitis-anamnestisch, 2) Abwesenheit von Husten und Auswurf, 3) Beweglichkeit der unteren Lungengrenze, 4) Schwinden des vesiculären Athmens dicht an der Dämpfungsgrenze, 5) Verdrängungserscheinungen im Abdominalraum, 6) Schmerzen beim Aufrichten, 7) geringer objectiver Befund im Vergleich zur Schwere des Allgemeinzustandes, 8) Aetiologie, 9) hoher Herzstand, 10) scharfe Dämpfungsgrenze, 11) blutiger Durchfall, 12) anfängliche Dämpfung in der Axillarlinie, 13) verstärkter Stimmfremitus bei abgeschwächtem Athmen, 14) Abwesenheit von Reibegeräuschen, 15) schräger Stand der oberen Dämpfungsgrenze. Trivus weist darauf hin, wie wenig diese Symptome zuweilen nützen können. Dass man auch von der Punction nicht viel erwarten kann ist selbstverständlich nachdem erwiesen ist, dass jeder subphrenische Abscess von einem serösen pleuritischen Exsudat gefolgt werden kann. Eine grössere Bedeutung hat der von Leyden und Herrlich (im vorigen Jahre) angegebene Umstand: Incongruenz zwischen der geringen Grösse des Exsudates und dem niedrigen Stand der Leber, leider ist dieses Symptom nicht häufig: nicht selten schreitet das subphrenische Exsudat von Anfang an nach oben, an die Stelle der unteren Lungenpartie und drückt die Leber nur ganz unbedeutend herab. Dieses Merkmal kann also leicht täuschen (Monastyrski's Fall). 1890 richtete Bogolepow die Aufmerksamkeit darauf, dass in keinem von den in der Litteratur beschriebenen Fällen eine Herzverdrängung existirte; die Abwesenheit der Herzverdrängung zusammen mit dem niedrigen Stande der Leber könnte man also für pathognomisch halten, weil dabei eine Pleuritis auszuschliessen ist. Leider aber beschrieben bald Dochnewsky und darauf Bogolepow selbst Fälle mit Herzverdrängung. Auch dieses Symptom verlor also seinen Werth.

Anfang Juli vorigen Jahres wurde Trivus von einem Collegen zur Consultation eingeladen; es handelte sich um ein anaemisches 18-jähriges Mädchen, dessen Bruder an Phthisis gestorben war. Die Krankheit begann vor einer Woche mit einem scharfen Schmerz im Epigastrium und am rechten Rippenrande und mit hoher Temperatur (38—39°). Stat. praes.: Oberflächliches, schmerzhaftes und häufiges Athmen, geringer Husten. Die Bewegungen der rechten unteren Thoraxhäifte sichtlich verlangsamt; Herzstoss im 4. Intercostalraum ein Fingerbreit lateral von der Mammilarlinie: Bauch meteoristisch und schmerzhaft in den oberen Theilen. Leber nicht fühlbar. Rechts in der Mammilarlinie beginnt an der 3. Rippe eine Dämpfung, die von der 4. Rippe an absolut wird; ebenso in der Parasternallinie, hier mit einem tympanitischen Beiklang. Die Dämpfung reicht ein Fingerbreit unter den Rippenrand. In der rechten Axillarlinie ist der Ton oben gedämpft und an der 5. Rippe dumpf: hinten von der Mitte der Scapula gedämpft, vom Angulus scapulae dumpf. An der Wirbelsäule lauter Schall und nur unten, ca. 2 Fingerbreit nach unten vom Scapularwinkel wird er dumpf. Die untere Grenze des lauten Schalles ist nicht deutlich beweglich. Herzdämpfung an der 3. Rippe. An der rechten Lungenspitze verschärftes vesiculäres Athmen, verschärftes Exspirium; an den gedämpften Stellen abgeschwächtes Vesiculärathmen mit vereinzelten feuchten Rasselgeräuschen; weiter unten ist kein Athmungsgeräusch wahrzunehmen, ebenso wie an den Seiten und hinten, ausser am Angulus scapulae, wo man deutlich bronchiales Athmen hört; letzteres ist nicht dicht am Ohr, sondern wie aus der Ferne fortgeleitet hörbar. Herztöne rein. In Betracht ziehend, dass die Pleuritiker nicht selten ihre anfänglichen Schmerzen unter den Rippen angeben, dass das pleuritische Exsudat oft die Lunge nach oben und an die Wirbelsäule drängt, wodurch die obere Dämpfungsgrenze niedriger zu stehen kommt, dass, weiter, die Beweglichkeit der unteren Lungengrenze in diesem Falle nicht klar genug ausgesprochen war, musste man, da alle andern Zeichen für Pleuritis sprachen, letztere diagnosticiren. Als ätiologisches Moment war hier Tuberculose anzunehmen (verdächtige Apices, Amennorhoe, Heredität). Es wäre hier also kein Grund gewesen, an einen subphrenischen Abscess zu denken, wenn nicht ein Umstand hinzugekommen wäre: es war nämlich am Sternum zwischen den beiden Dämpfungen, die einerseits vom Herzen, anderseits vom rechtsseitigen Exsudat in der Höhe der 3.—5. Rippe gebildet wurden, ein Streifen hellen Tones zu constatiren. Würde das Herz von einem pleuritischen Exsudat verdrängt sein, so müssten die Dämpfungen verschmelzen und und eine einheitliche Dämpfung bilden; da aber dazwischen ein Streifen hellen Tones sich einschaltete, so musste die Ursache der Herzverdrängung nicht seitlich, sondern unten sich befinden, d. h. es musste sich um einen Tumor, Abscess, Exsudat, oder dergleichen unter dem Diaphragma handeln. Nach einigen Tagen konnte man schon ein Sinken der Leber (2 Fingerbreit unter dem Rippenrande) bemerken und es stellte sich ein deutliches Reibegeräusch am Angulus scapulae ein. Das Reibegeräusch verstärkte noch mehr den Gedanken an einen subphrenischen Abscess, da bei Anwesenheit von Exsudat im Pleuraraum ein Reibegeräusch nicht entstehen kann. Die Punction ergab stinkenden Eiter. Die Kranke wurde operirt und genas. Es ist also dieser Fall der vierte in der Litteratur beschriebene, wo das Verdrängtsein des Herzens und der erste, wo ein Streifen hellen Tones constatirt wurde. Letzterer Umstand erlaubte die frühe Diagnose und dadurch den günstigen Ausgang.

Als Resumé stellt Trivus folgenden Satz auf: Das Wachsthum eines Abscessus subphrenicus kann entweder nach unten oder nach oben schreiten: Im ersten Falle wird die Leber beträchtlich herabgedrängt, die obere Dämpfungsgrenze steht niedrig, das Herz bleibt unverändert; im zweiten Falle wird die Leber wenig herabgedrängt, die Dampfungsgrenze steht hoch und die Differentialdiagnose gegen Pleuritis wird schwer; hier hilft folgender Umstand: ist das Herz nicht verdrängt, so ist Pleuritis sehr zweifelhaft, ist es wohl verdrängt — so zeigt der Streifen hellen Tones am Sternum mit Bestimmtheit an, dass nicht ein pleuritisches Exsudat das Herz verdrängt hat, sondern ein Tumor unter dem Diaphragma. Die Art des Tumors, d. h. Abscess etc. ist nicht schwer zu diagnosticiren.

M. Kreps.

C. Gerhardt: Ueber Erythromelalgie. H. Senator: Ueber Erythromelalgie. M. Bernhardt: Ein Fall von Erythromelalgie. (Berl. klin. Wochenschrift 1892. 45).

In Nr. 45 der Berl. klin. W. von 1892 sind drei Vorträge über Erythromelalgie von Senator, Gerhardt und Bernhardt veröffentlicht worden. Aus diesen Vorträgen geht hervor, dass diese zuerst von Weir-Mitchel als selbstständige Krankheit beschriebene Affection vorzugsweise Männer befällt, häufig nach einem leichten fieberhaften Unwohlsein oder einer starken Körperanstrengung beginnt und in starker Schmerzhaftigkeit und Röthung der Extremitäten und zwar zunächst ihrer distalen Enden besteht. Der Schmerz wird häufig durch aufrechte Stellung und Wärme vermehrt, daher ist der Sommer für den Patienten meist die schlimmere Jahreszeit; horizontale Lage und Kälte lindern die Schmerzen. Die Krankheit verläuft äusserst chronisch, mit Schwankungen von Besserung und Verschlechterung. Ihr eigentlicher Ausgang ist nicht bekannt, weil die Kranken sich meist der Beobachtung entziehen und die Krankheit zudem sehr selten ist. Nach Senator sind bis jetzt kaum volle zwei Dutzend Fälle bekannt. Nach Ansicht aller Autoren, die sich mit Erythromelalgie beschäftigt haben, handelt es sich bei ihr um eine vasomotorische Neurose. Die Röthung und Schwellung beruht auf einer Hyperämie durch active Gefässerweiterung, d. h. auf einem Vorgang, welchen man gewöhnlich auf eine Lähmung der die Gefässe verengenden Nerven bezieht und als Angioparalyse bezeichnet, wiewohl eine Reizung der die Gefässe erweiternden Nerven ganz dieselbe Wirkung haben könnte. Senator stellt ihr die in neuerer Zeit besonders von Raynaud beschriebene symmetrische locale Asphyxie der Extremitäten oder symmetrische Gangrän gegenüber und macht auf das verschiedene Verhalten dieser beiden sich gegenüberstehenden Angioneurosen in Bezug auf die Betheiligung der Geschlechter aufmerksam. Die Raynaud'sche Krankheit befällt vorzugsweise Weiber, die Erythromelalgie dagegen Männer. Hinsichtlich therapeutischer Erfolge hat nur Senator durch Antifebrin jedesmal eine entschiedene Besserung zu verzeichnen gehabt, mannigfaltige andere therapeutische Versuche sind ohne erheblichen Einfluss auf die Krankheit geblieben.

H. Büttner.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

W. Wundt: Hypnotismus und Suggestion. Leipzig, W. Engelmann. Philosophische Studien Bd. VIII. Heft 1.

Mit einem gewissen Recht leitet Lehmann seine Studie über den Hypnotismus mit den Worten ein «wenn man dem Jahrzehnt, das sich seinem Abschlusse nähert, einen besonderen Namen in der Geschichte der Wissenschaften beilegen sollte, so würde man dasselbe am untrüglichsten das Decennium des Hypnotismus nennen können». Eine solche Fülle von Büchern wird über diesen Gegenstand geschrieben, dass der Leser es schwer hat Weizen und Spreu von einander zu sondern. Daher ist es um so freudiger zu begrüssen, dass der Altmeister psychologischer Forschung in grösserer ausführlicher Darlegung das Wort ergriffen hat und das Wesen und die Erscheinungsformen genannter Phänomene entwickelt. Jeder, der sich für Fragen des menschlichen Seelenlebens interessirt, sollte diese Schrift lesen, insonderheit aber die Aerzte, an die immer und immer wieder die Forderung herantritt zur Suggestionstherapie Stellung zu nehmen.

Das Wesen der Suggestion wird auf Associationsvorgänge zurückgeführt, die das Bewusstsein in einseitiger Weise in Anspruch nehmen, so dass widerstrebende seelische Verbindungen nicht zur Wirkung gelangen. Das Wort «schlafen» verknüpft jedes Individuum mit dem Begriff des Schlafzustandes und den dasselbe begleitenden Empfindungen der Ermattung etc. aber nur derjenige versinkt bei der Entstehung dieser Begriffsverknüpfung in den Schlaf, dessen Bewusstsein völlig durch die erweckte Association gefangen ist. Die Einengung des Bewusstseins zeigt sich einmal in einer verminderten Empfindlichkeit für alle Eindrücke, die nicht zum Kreise derjenigen Vorstellungen gehören, die durch innere Eingebung (Autosuggestion) oder durch fremde Eingebung entstehen, zweitens dadurch, dass die überhaupt wirksam werdenden Reize eine gesteigerte Reaction zur Folge haben. Den suggerirten Vorstellungen fehlen entgegenwirkende Motive und es entwickelt sich eine Hemmung in der Thätigkeit der activen (willkürlichen) Aufmerksamkeit und bei der Ausführung willkürlicher Handlungen. Neben diesen seelischen Vorgängen spielen sich in den Hirncentren gewisse Processe ab, die sich aus der Mechanik derselben ergeben, die als neurodynamische und vasomotorische bezeichnet werden. In der Ganglienzelle sammelt sich beständig latente Energie, während actuelle Energie nur zeitweise frei wird. Im Ruhezustande vollzieht sich eine vermehrte Ansammlung der Energie, wobei ein Ausgleich des Kräftevorrathes nach allen Richtungen statt hat. Ferner erzeugt ein Kraftverbrauch an einem Punkte eine gesteigerte Kraftzufuhr von allen benachbarten Punkten, die sich im Zustande der erhöhten Spannung befinden. Die in einzelnen Hirnelementen ausgelöste Erregung ist daher gesteigert, sowohl wegen des in denselben vorhandenen Kräftevorrathes als auch wegen der verstärkten Kräftezufuhr. Gleichzeitig entsteht eine vasomotorische Wechselwirkung, denn Steigerung der Function bedingt Gefässerweiterung und verstärkten Blutzufluss und umgekehrt. In der Hypnose handelt es sich genau wie im Schlafe um eine Functionshemmung des Gehirnes und eine compensatorisch gesteigerte Erregbarkeit der functionirenden Theile. Der Unterschied beider Erscheinungen liegt darin, dass diese Vorgänge im Schlafe durch Ermüdungszustände ausgelöst werden, während hier neurodynamische Veränderungen mitwirken, die durch Suggestion erzeugt werden.

Was die Frage nach der praktischen Anwendung der Hypnose betrifft, so stelle ich die Sätze aus dem Schlusscapitel wörtlich her: «Die Hypnose und die Suggestion vereinigen, wie so viele andere Heilmittel in sich die Eigenschaften des Heilmittels und des schädigenden Eingriffs. Nur bleiben Morphium und Arsenik darum nicht weniger Heilmittel weil ihr gewohnheitsmässiger Genuss schwere Schädigung der Gesundheit mit sich führt. Nicht anders verhält es sich mit der Hypnose. Der Betrieb des Hypnotisirens durch ärztlich eingeschulte Dilettanten und zu angeblich wissenschaftlichen Zwecken scheint ein grober Unfug zu sein, der nach den Grundsätzen der Gesundheits- und Sittenpolizei nicht zu dulden ist».

Behr—Riga.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 11. Januar 1893.

1. Dr. J. Assmuth verliest eine zum Druck bestimmte Abhandlung «Ueber senile Dysurie» (bereits veröffentlicht in Nr. 9 dieser Wochenschrift).

2. Dr. Th. v. Schroeder stellt einen Kranken vor, der an Lähmung der associirten Bewegung der Augen nach unten nebst Spasmus der Bewegung nach oben leidet. Einleitend führte S. die Gründe an, die uns zur Annahme eines Associationscentrums nöthigen, das die associirten oder conjungirten Bewegungen der Augen leitet. Lähmung dieses Centrums bewirkte Ausfall der Beweglichkeit der Augen nach rechts, links, oben oder unten. Nicht selten tritt nach der Lähmung ein Krampf, eine Contractur der Antagonisten ein und führt zu dem bekannten Bilde der conjungirten Deviation. Diese sowohl, wie die Lähmung betreffen meist die horizontale Bewegungsbahn, selten die verticale. Physiologisches Experiment und Autopsie nach Erkrankung haben noch zu keinem sicheren Ergebniss über die Lage des Associationscentrums geführt. Es ist sogar noch ungewiss, ob ein solches Centrum oder mehrere vorhanden sind. Für letzteres spricht die Thatsache, dass die conjungirte Lähmung nach Affectionen der Cortex (Willenscentrum), des Kleinhirns, der Varolsbrücke und der Vierhügel beobachtet worden ist. Vielleicht waren in einigen der beobachteten Fälle nur die von Associationscentren verlaufenden Fasern getroffen, über welche wir noch nichts wissen. — Leider lässt sich daher aus einer associirten Lähmung keine Localisationsdiagnose machen, wenn nicht andere Gehirnsymptome vorhanden sind. Solche fehlen aber oft; so auch im S.'schen Fall, der somit für die Localisation keinen Beitrag liefert. Das vom Patienten anamnestisch angegebene schlechte Sehen lässt sich für dieselbe auch nicht verwerthen, da es auf Affection der beiden Tractus opt., der grossen Gehirnganglien, der Occipitallappen oder auf allgemeinem Hirndruck beruhen kann. Nichtsdestoweniger ist der Fall von Interesse, besonders da er das sehr seltene Bild der Lähmung der associirten Bewegung der Augen nach unten bietet und gleichzeitig ein während der Beobachtung sich jedes Mal steigernder Krampf der die associirte Bewegung der Augen nach oben vollführenden Muskeln vorhanden ist. Letzterer ist wohl, ebenso wie die Lähmung, auf das Associationscentrum zurückzuführen und als Reizung desselben aufzufassen.

An dem vorgestellten Kranken lässt sich das hauptsächlichste differentialdiagnostische Moment zwischen Muskellähmung und Lähmung des Associationscentrums sehr schön demonstriren. Diplopie fehlt vollständig, auch bei Vorhalten eines rothen Glases, tritt aber sofort ein, sobald durch ein Prisma mit der Basis nach oben oder unten der binoculäre Schakt gestört wird. — Die Krankheitsgeschichte ist folgende:

Wassili Issajew, 31 J. alt, Bauer des Nowgorodschen Gouvernements, giebt an, stets ganz gesund gewesen zu sein, so dass er der Wehrpflicht genügen, später seinen Dienst als Hausknecht in St. Petersburg gut versehen und während der letzten 4 Jahre im Dorf alle schweren bäuerlichen Arbeiten ohne Anstrengung ausführen konnte. Er ist seit 4 Jahren verheirathet, hatte 2 Kinder, von denen eins an Scharlach starb; seine Frau ist gesund und gegenwärtig im 8. Monat gravid.

Am 25. Mai 1892 erkrankte Pat. nach kurzem Unwohlsein unter Schüttelfrost, dem hohes Fieber und starker Kopfschmerz mit Schwindel folgten. Diese fieberhafte Erkrankung dauerte bis zum 25. Juni; während derselben öfter Erbrechen nach dem Essen; anfangs auch nicht bedeutende Krämpfe in den Beinen. Das Bewusstsein blieb klar; die Bewegung der Hände und Füsse war ungestört. Sonst keine auffallenden Symptome gewesen. — Bereits am 2. Tage der Erkrankung wurde das Sehvermögen bedeutend schlechter, so dass Pat. wie durch einen dichten Nebel sah und schon auf wenige Schritte Niemanden in der Hütte erkennen konnte; Gegenstände und Personen ganz in der Nähe konnte er unterscheiden, ein Licht erschien ihm ganz roth. Gleichzeitig verlor er die Möglichkeit die Augen nach oben, nach unten und nach den Seiten zu bewegen, so dass er nur geradeaus sehen konnte. Dabei trat mässige Ptosis auf, so dass er, um einer stehenden Person in's Gesicht zu sehen, die Augenlider mit der Hand heben und den Kopf nach hinten zurücklegen musste. Dieser Zustand blieb bis zum Ende der fieberhaften Erkrankung bestehen, worauf die Beweglichkeit der Augen nach oben und nach den Seiten sich allmälig wieder herstellte; die Beweglichkeit nach unten aber blieb vollständig aufgehoben, weshalb Pat. sowohl beim Gehen, wie bei der Arbeit genöthigt war, den Kopf zu senken; das erschwerte die Arbeit natürlich sehr.

Während der Krankheit und noch längere Zeit nachher konnte Pat. nicht lesen; allmählich stellte sich auch diese Fähigkeit wieder her, doch konnte Pat. nur eine Zeile lesen; das Uebergehen auf die folgende war ihm unmöglich, da er sie nicht finden konnte.

Nach dem 25. Juni hörten Fieber, Schwindel und Erbrechen auf; es blieb allgemeine Schwäche, die auch bis jetzt noch nicht vergangen ist. Oefter traten noch Kopfschmerzen auf, während welcher auch Ohrensausen und Augenschmerzen vorhanden waren; die Kopfschmerzen waren häufiger, wenn es kalt war, vergingen in der warmen Stube. Der Appetit würde gut.

Status praesens am 9. Dec. 1892: Kräftiger Körperbau, mässiger Ernährungszustand, Anaemie. Alle Organe, insbesondere auch das Nervensystem vollkommen normal. Pat. ist intelligent, beantwortet alle Fragen sehr gut. Auffallend ist die beständig etwas nach vorn gesenkte Haltung des Kopfes.

Die Augen sind äusserlich normal. Keine Lichtscheu. Reaction der Pupillen auf Licht und Convergenz ganz normal.

Visus beiderseits 0.5. Gläser bessern nicht. Pat. liest bei gesenkter Kopfhaltung leicht und frei mittlere Schrift und kann auch ohne Schwierigkeiten von einer Zeile auf die andere übergehen. Gesichtsfeld normal. Ganz gute Convergenz (Maximum in 10 cm); kein Nystagmus; keine Ablenkung eines Auges bei Deckung desselben und Fixation mit dem anderen. Bewegung der Augenlider frei.

Die Augen bewegen sich frei nach oben, nach rechts und nach links: die letztere Bewegung erfolgt jedoch etwas zögernder, als die nach rechts. Die Beweglichkeit nach unten fehlt vollständig, d. h. die Augen können in keiner Stellung unter die Horizontale bewegt werden. Aber auch diese wird nur erreicht, wenn Pat. ganz nach rechts sieht, während in der Mittellinie die Augen über der Horizontalen stehen und beim Blick nach links noch etwas höher hinaufgehen. Bei der Prüfung der Beweglichkeit der Augen ist die eigenthümliche Erscheinung zu beobachten, dass schon nach wenigen Versuchen, die Augen mittelst Fixation eines Lichtes nach unten zu führen, diese dem Lichte immer weniger bei der Bewegung von oben nach unten folgen, d. h. die Bewegung findet ihr Ende stetig höher über der Horizontalen, die Augen bleiben höher über ihr stehen, schliesslich etwa 25° und mehr, wobei sich gleichzeitig die oberen Lider mehr und mehr senken. Zur Compensation dieser Augenstellung, die den Eindruck eines sich stetig steigernden Krampfes macht, senkt Pat. den Kopf mehr und mehr, bis er schliesslich einige ruckweise Senkungen ausführt, lebhaft mit den Augenlidern blinzelt und darauf wieder im Stande ist, die Augen mehr der Horizontalen zu nähern und den Kopf gerade zu halten.

Trotz dieses Bewegungsausfalles nach unten, ist in keinem Theile des Blickfeldes Diplopie vorhanden, auch nicht bei Vorhalten eines rothen Glases vor ein Auge. Diese tritt aber sofort ein, sobald man ein Prisma mit der Basis nach oben oder unten vor ein Auge hält und so das binoculäre Sehen stört; und zwar ist sie dann ganz entsprechend dem vorgehaltenen Prisma.

Pat. wurde zu weiterer Beobachtung und Behandlung in's Hospital aufgenommen und nun zeigte es sich, dass am Morgen beim ersten Versuch die Beweglichkeit am besten war und zwar immer beim Blick ganz nach rechts am ausgiebigsten; in dieser Stellung wurde ein paar Mal sogar Bewegung der Augen bis unter die Horizontale beobachtet, aber stets nur beim ersten Versuch, bei den folgenden blieben die Augen immer mehr und mehr über der Horizontalen zurück, während die Kopfhaltung, die anfangs eine ganz oder fast ganz gerade war, immer mehr eine gesenkte wurde, bis schliesslich die oben geschilderte Erscheinung des Blinzelns und Nickens auftrat. — Die genauere Prüfung der Beweglichkeit im Perimeter ergab, dass sie für beide Augen gleich ist: nach aussen 60—65°, nach innen 50—55°, nach oben 45—50°, nach unten 0°. Bei Beginn der Untersuchung stehen die Augen in der Horizontalen, bald aber heben sie sich mehr und mehr und können schliesslich nicht mehr unter 25° über der Horizontalen gesenkt werden.

Bis zum 5. Jan. erhielt Pat. Kal. jodat., ohne dass eine merkliche Besserung nachzuweisen war. Nach Verbinden der Augen schienen dieselben etwas freier beweglich, doch nur gleich nach Abnahme des Verbandes. — Dann wurde mit dem constanten Strom begonnen; nach 3 Sitzungen schien eine geringe Besserung eingetreten zu sein, die aber nicht sicher nachweisbar war. Subjective Besserung wurde angegeben; bisweilen bewegten sich die Augen beim Blick nach rechts ein wenig unter die Horizontale.

Am 11. Jan., nach 6 Sitzungen, zeigte sich das Sehvermögen gebessert. L. Em. V. 1,0; R. M. 0,5 V 0,8. Der ophthalmoskop. Befund, wie früher, ganz negativ. Accomodation beiderseits dem Alter ungefähr entsprechend (10 D.). Farbensinn normal. Die Haltung des Kopfes ist eine bessere, meist aufrechte, nur nach der Prüfung gesenkt.

Die Behandlung und Beobachtung werden fortgesetzt (Autorreferat).

D. z. Director: Dr. Graf Magawly, stellvertretend.
Secretär: Dr. Jalan de la Croix.

Vermischtes.

— Am 21. Mai ist in St. Petersburg im Gebäude der Michael-Manège, sowie auf einigen ihr anliegenden Bezirken die erste russische Hygiene-Ausstellung eröffnet worden, ein Ereigniss, welches wohl berechtigt ist, als eine Epoche in der Geschichte der Medicin unseres Landes betrachtet und an dieser Stelle besonders erwähnt zu werden. Die Ausstellung, welche schon seit lange geplant gewesen war, aber vielfach Aufschub erfahren musste, verdankt ihr endgültiges Zustandekommen und Entstehen hauptsächlich der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit. Es haben sich aber an ihrer Beschickung in hervorragender Weise die mannigfachsten Regierungs- und Communalinstitutionen betheiligt und verleihen ihr dadurch einen ganz besonderen Werth.

In ihren Einzelheiten zwar noch nicht ganz fertig, ist die Ausstellung unter dem Ehrenpräsidium ihres hohen Protectors S. K. H. des Grossfürsten Paul Alexandrowitsch feierlichst eröffnet worden, unter reger Betheiligung der Spitzen der Behörden, der Vertreter der medicinischen Wissenschaft und Hierarchie, der öffentlichen Heil- und Lehranstalten, der Mitglieder der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit und einer Corona von Aerzten. Aus der Zahl der bei diesem Anlass gehaltenen Reden erwähnen wir besonders die Festrede des eigentlichen Begründers und ersten Initiators des Werkes, des greisen Präsidenten d. G. z. W. d. V. Geh. Raths Zdekauer, welcher auf die Bedeutung der Hygiene im modernen Staate hinwies.

Es würde uns zu weit führen, wollten wir es unternehmen, nur annähernd im Einzelnen das Hervorragende zu schildern, was dem aufmerksamen Besucher der Ausstellung unter der Fülle der Erscheinungen geboten wird. Sollen es doch c. 40,000 von 600 Exponenten ausgestellte Gegenstände sein, welche vorliegen und an der Hand eines demnächst erscheinenden Katalogs bequem in Augenschein genommen werden können, und ist doch auch andererseits ein Jeder von uns durch die Art seiner Berufsthätigkeit und durch persönliche Neigung nur an gewisse besondere Zweige der mannigfachen repräsentirten medicinischen Wissenschaften interessirt, die in ihrer Gesammtheit die hygienische Ausstellung ausmachen.

Jedenfalls lässt die Ausstellung an Reichhaltigkeit, Uebersichtlichkeit und Pracht kaum was zu wünschen übrig und erscheint uns in vielen Beziehungen interessanter zu sein als die Abtheilung für Hygiene auf der letzten Pariser Weltausstellung.

So manches Werk emsigen Fleisses, menschlichen Wissens und kunstvollen Könnens wird der Besucher der Ausstellung wiederfinden und sich reichlichen Genuss und Belehrung verschaffen, wenn er sich nur die Zeit und die Mühe nehmen wird, sie nicht zu durchlaufen, sondern sie eingehend zu mustern. Die vier Sommermonate werden hoffentlich unseren Lesern dazu die Möglichkeit geben und seien im Besonderen auch die auswärtigen Collegen auf diese in ihrer Art so seltene und schöne Ausstellung aufmerksam gemacht und zu ihrem Besuche eingeladen.

— Verstorben: 1) 1) Am 14. Mai in Riga der dortige praktische Arzt Dr. Alexander Helling im 36. Lebensjahre an einer Lungenentzündung. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung auf der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1877—84 Medicin studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde liess sich H. i. J. 1885 als praktischer Arzt in Riga nieder, wo er auch ein grosses Pensionat am Strande leitete. In weiteren Kreisen hatte sich Dr. Helling durch seine populären medicinischen Vorlesungen und durch seine rege Betheiligung am Rigaer Musikleben, namentlich als tüchtiger Cellospieler, bekannt gemacht. 2) Am 23. Mai n. St. zu Berlin der Director des städtischen Krankenhauses Moabit und Privatdocent der dortigen Universität, Sanitätsrath Dr. Paul Guttmann, an einer Influenza-Pneumonie im 59. Lebensjahre. Der Heimgegangene gehörte zu den bekanntesten und hervorragendsten Aerzten Berlins und ist durch seine ausgebreitete literarische Thätigkeit, die sich auf alle Gebiete der inneren Medicin erstreckte, auch in weiteren medicinischen Kreisen bekannt geworden. Sein Lehrbuch der Krankheiten der Respirationsorgane hat viele Auflagen erlebt und ist in zehn fremde Sprachen übersetzt worden. Für das Werk «Physiologie und Pathologie der sympathischen Nerven», welches G. gemeinschaftlich mit A. Eulenburg verfasste, erhielt er den Astley-Cooper-Preis. Seit vielen Jahren redigirte er das «Jahrbuch für praktische Aerzte». Hervorragendes hat Guttmann auch auf dem Gebiet der Arzneimittellehre geleistet, namentlich verdanken wir ihm die Prüfung neuer Heilmittel in praktischer Beziehung an dem grossen Material des Moabiter Krankenhauses. Er war auch der Erste, welcher die antifebrile Wirkung des Antipyrin erprobte. Privatdocent war G. seit 1867, Director des Moabiter Krankenhauses seit 1879. 3) Der Professor der gerichtlichen Medicin an der deutschen Universität Prag, Dr. Arnold Paltauf, im 32. Lebensjahre. Der Verstorbene beschäftigte sich anfangs in Prag mit der pathol. Anatomie, wandte sich aber bald der gerichtlichen Medicin zu, habilitirte sich 1889 als Privatdocent für dieses Fach in Wien und wurde von dort 1891 an die Stelle des Professors Maschka als Professor nach Prag berufen. Seine wissenschaftlichen Publicationen beziehen sich vorzugsweise auf das Gebiet der gerichtl. Medicin und der pathologischen Anatomie.

— Der bekannte Pharmakologe, Prof. Dr. Filehne in Breslau, hat einen Urlaub von 1½ Jahren angetreten, um eine wissenschaftliche Reise nach den Vereinigten Staaten von Nordamerika zu unternehmen. Während seiner Abwesenheit wird ihn der ausserordentliche Professor an der Universität Bonn Dr. Geppert vertreten. (Allg. med. C.-Ztg.)

— Mit der Leitung des durch den Tod Prof. Kundrat's erledigten Lehrstuhls der pathologischen Anatomie an der Wiener Universität, ist bis zur definitiven Besetzung desselben der bisherige Assistent Kundrat's, Prof. extraord. Dr. Alex. Kolisko, betraut worden.

— Das Organisationscomité des XII. internationalen medicinischen Congresses hat in seiner am 1. Juni n. St. unter dem Vorsitz Prof. Bacelli's stattgehabten Sitzung den Beschluss gefasst, den erwähnten Congress in der Zeit vom 24. September bis 1. October (n. St.) 1893 in Rom abzuhalten.

— Am 21. Mai n. St. wurde in Göttingen die 7. Versammlung der deutschen anatomischen Gesellschaft eröffnet, zu welcher sich gegen 60 Theilnehmer eingefunden hatten. Auf derselben hat unter Anderen auch Prof. Dr. Barfurth aus Jurjew (Dorpat) einen Vortrag, betreffend «Versuche über die Regeneration der Keimblätter bei den Amphibien». gehalten.

— Der V. deutsche Gynäkologen-Congress trat am 24. Mai n. St. in Breslau zusammen. Die Betheiligung an demselben war eine recht rege; auch aus dem Auslande, namentlich aus Oesterreich waren zahlreiche Gynäkologen erschienen. Aus Russland waren Prof. Küstner aus Jurjew (Dorpat), Docent Gawronski aus Charkow und Dr. Strauch aus Moskau, aus Wien die Prof. Schauta und Chrobak, aus Paris Prof. Boixleux, aus Mexico Dr. Pagenstecher anwesend. Prof. Dr. Fritsch (Breslau) eröffnete als Präsident den Congress mit einer Ansprache, worauf die wissenschaftlichen Verhandlungen mit Vorträgen über die Symphyseotomie begannen, welche fast den ganzen ersten Tag in Anspruch nahmen. Als Versammlungsort für den nächstjährigen Congress wurde Wien gewählt.

— In Berlin wird in nächster Zeit ein Waarenhaus für Aerzte und Apotheker gegründet werden, welches sämmtliche von Aerzten, Apothekern und anderen Medicinalpersonen benöthigten Waaren, Instrumente, Apparate, Präparate etc. liefern soll. Die Mitgliedschaft als Kaufberechtigter erwirbt man durch einen Beitrag von 5 Mark jährl. Das Gründungskapital beträgt eine Million Mark, in 1000 Actien eingetheilt. Es sollen bereits über 1000 Aerzte Berlins und der Provinz Brandenburg ihren Beitritt zu dieser Gründung angezeigt haben.

— Dr. Chawkin hat zu seinem Hauptaufenthalte in Indien die Stadt Agra gewählt, wo er sein Laboratorium zur Bereitung des Impfungsstoffes für die Schutzimpfungen gegen die Cholera eingerichtet hat. Von dort begiebt er sich in die benachbarten Ortschaften, um seine Schutzimpfungen an den Personen, welche solche wünschen, vorzunehmen. Vom 5. April bis zum 1. Mai d. J. hat er bereits 850 Personen, darunter 120 Polizeibeamte, dort geimpft.

— Aus der vom Damen-Lazarethcomité der Gesellschaft des «Rothen Kreuzes» beim hiesigen Roshdestwenski-Barackenhospital unterhaltenen Schule für Heilgehülfinnen und Feldscherinnen wurden am 13. Mai 16 Schülerinnen welche den Cursus absolvirt haben, entlassen. In den 21 Jahren des Bestehens der Schule sind in derselben 320 Heilgehülfinnen und Feldscherinnen ausgebildet worden.

— An Alkoholismus und Delirium tremens sind im Jahre 1892 in St. Petersburg nicht weniger als 154 Personen, darunter 28 Frauen, gestorben.

— An der Universität Tomsk hat im März d. J. die erste Doctorpromotion stattgefunden.

— In New-Hampshire in den Vereinigten Staaten von Nordamerika ist eine Irrenanstalt abgebrannt, wobei 45 Kranke um's Leben gekommen sind.

— In Erlangen hat am 20. Mai die Eröffnung der neuerbauten Universitäts-Augenklinik stattgefunden.

— Die Berliner Universitäts-Frauenklinik hat durch den Neubau eines grossen Hörsaales, welcher zwei Stockwerke hoch ist und durch ein Glasdach Oberlicht erhält, eine nothwendige Erweiterung erfahren. Bei der Einweihung desselben gab der Director der Klinik Prof. Olshausen einen Ueberblick über die Geschichte der Geburtshülfe und Gynäkologie im letzten Jahrhundert mit besonderem Hinblick auf die Berliner Verhältnisse und erörterte ausführlich die Methode des geburtshilflich-gynäkologischen Unterrichts. Er warnte dabei vor der Trennung von Geburtshülfe und Gynäkologie, wie sie der Wissenschaft nicht zum Vortheil — in Frankreich und England schon jetzt Platz gegriffen hat.

(A. m. C.-Ztg.)

— Das letzte officielle Cholera-Bulletin über den Gang der Cholera in Russland enthält nur Nachrichten aus Podolien, wo vom 15. April—1. Mai im Ganzen 36 Personen an der Cholera erkrankt und 13 Personen gestorben sind.

In Frankreich sind in letzter Zeit fortgesetzt Cholerafälle vorgekommen und zwar in der Bretagne und im Süden Frankreichs (Nimes, Lünel, Montpellier, Cette, Toulouse u. a. m.); auch in Paris ist ein choleraverdächtiger Fall vorgekommen.

Die Influenza weist bei uns keinen Nachlass auf.

Die Zahl der Lungenentzündungen ist eine auffallend grosse: In der Woche vom 16.–22. Mai sind in St. Petersburg 64 Todesfälle an croupöser Pneumonie vorgekommen. Auch die Zahl der in den Apotheken einlaufenden Recepte, welche vorzugsweise Verordnungen von Antipyreticis und Hustenmitteln enthalten, hat in letzter Zeit eine für die gegenwärtige Jahreszeit ungewöhnliche Höhe erreicht.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 22. Mai d. J. 6214 (106 weniger als in der Vorw.), darunter 165 Typhus — (19 weniger), 531 Syphilis — (2 weniger), 66 Scharlach — (1 weniger) 12 Diphtherie — (5 mehr) 13 Masern — (1 mehr) und 30 Pockenkranke — (1 weniger als in der Vorw.).

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Stawropol (Gouv. Samara). Gehalt 1500 Rbl. jährlich. Adresse: «Ставропольская Земская Управа».

2) Für den Kreis Brjansk (Gouv. Orel) wird ein Arzt für die Zeit bis zum 1. November 1893 gesucht. Die telegraphische Meldung geschieht bei der «Брянская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 16. bis 22 Mai 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
394	304	698	130	70	98	12	9	24	68	62	65	50	47	48	14	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 3, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 1, Scharlach 8, Diphtherie 4, Croup 1, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 64, Erysipelas 6, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 89, Tuberculose anderer Organe 15, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 42, Krankheiten des Verdauungscanals 56, Todtgeborene 31.

Дозв. ценз Спб. 28 Мая. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **CARL RICKER** in St. Petersburg, Newsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Kurort Salzbrunn, Schlesien.

Bahnstation, 407 Mtr. Seehöhe, mildes Gebirgsklima. Saison vom **. Mai** bis Ende **September. Alkalische Quellen ersten Ranges.** Berühmte **Molkenanstalt. Rationelle Milchsterilisirungs- und Desinfections-Einrichtungen. Badeanstalten. Massage. Pneumatisches Kabinet. Grossartige Anlagen. Wohnungen** zu allen Preisen. Besonders auch angezeigt für **Blutarme** und **Reconvalescenten. Versendung der seit 1601 medicinisch bekannten Hauptquelle**

(45) 10—4 **Oberbrunnen**

durch die Herren **Furbach & Strieboll.** Alles Nähere, Nachweis von Wohnungen etc. durch die

Fürstlich Plessische Brunnen-Direction.

Siehe Europäische Wanderbilder № 158/9.

Verlag v. AUGUST HIRSCHWALD i. Berlin.

Soeben erschien: (82) 1—1

Practicum

der

pathologischen Histologie.

Leitfaden für Studirende und Aerzte

Von **Dr. Oskar Israel.**

Zweite vermehrte Auflage.

1893. gr. 8. Mit 158 Abbildungen und 7 Tafeln. Preis 15 Mark.

Hannover - Altenbek. Eisenbahn. Saison 15. Mai bis 1. Oct.

Bad Pyrmont.

Pferdebahn zum Salzbade und Bahnhof 5 Minuten.

Altbekannte Stahl- und Soolbäder. (50) 3—3

Stahl-, Salz-, Moor- und russische Dampfbäder. — Bestellungen von **Stahl-** und **Salzwasser** sind an das Fürstl. Brunnen-Comptoir zu richten; sonstige Anfragen erledigt **Fürstl. Brunnen-Direction.**

BAD NAUHEIM. Dr. med. C. Beste.

НАТУРАЛЬНАЯ УГЛЕКИСЛО-ЩЕЛОЧНАЯ

БОРЖОМЪ

ВОДА

Kaukasischer VICHY

nicht allein für medicinische Zwecke verwendbar, sondern auch sehr nützlich als gutes Getränk bei Speisen.

Zu haben in den Apotheken und den Droguen-Geschäften. **Centrallager in St. Petersburg** bei der **Neu-Nadeshdinskaja Apotheke Nadeshdinskaja Strasse 24.**

Preis für eine 1/1 Flasche 40 C.

» » » 1/2 » 25 »

Zu haben auch in den grösseren Restaurants und Colonialhandlungen. Direction M. Borshom im Gouv. Tiflis.

(78) 3—2

Bad Kissingen

Bayern (Unterfranken).

Dauer der Saison: **1. Mai bis 1. October.**

Bäder im Aktienbade vom 15. April ab bis 20. Oktober.

Direkte Bahnverbindung mit allen gröss. Stationen Mittel-Europas.

Kohlensäurereiche, eisenhaltige **Kochsalzquellen.** Allgemeine Süsswasserleitung, Schwemmkanalisation. **Choleraimmun.**

Prospekte und Aufschlüsse von dem **Kurverein Bad Kissingen.**

Das Handelshaus

ALEXANDER WENZEL

St.-Petersburg, Gorochowaja 33.

Lieferant für Apotheker. Hospitäler, Drogueisten Regimenter und viele Landschaften

Engros Lager.

Verband Mittel: für Bandagen, Brüche, Wachstuch, Schwämme, Pinsel, Barometer, Maximal-Zimmer u. Fenster-Thermometer, Areometer. Spiritusmeter, Brillen, Conserven, Pince-nez, Binocle, Theater-Lorgnetten, Katheter, Harnröhrsonden. Pulversatore zur Erfrischung und Desinficirung der Zimmer.

Instrumente: für Amputationen, zum Verbinden für Resectionen, für Hebammen u. s. w. Arzenei und Feldscheer-Geräthe, Zähneschlüssel Zangen und Zubehör. Veterinar-Instrumente und Schienen.

Kopf und Zahnbürsten, Guttaperсha und Hornkämme. Zubehör für **Massage.** Pulver ohne Geruch von Satow fur Desodorationen und Gruben-Ausсharren. Waterclosets u. m. Andere.

Illustrirte Preiscourante werden gratis zugesandt. (57) 12—2

BAD NAUHEIM. Dr. M. Bruck.

bei Frankfurt a./M. Wint.: Rapallo b. Genua.

Vom 18. Mai bis Ende August a. c. practicirt in Kemmern

Dr. med. Fritz Berg.

(81) 2—1

Bad Ems

Alkalisch-muriatische warme Quellen von 22—40° R. Beträchtlicher Lithiongehalt. Verschiedene Trinkquellen, Molken, Milchcuranstalt, Bäder jeder Temperatur, äussere u. Apparate jed. Art. Luftcurort «Malberg» 333 m mit Drahtseilbahn. Das Klima ist mild und die Witterungsverhältnisse sind die denkbar günstigsten. **Curzeit vom 1. Mai bis 1. October.** Die Quellen u. Bäder, sowie der grösste Theil der vorbezeichneten Curmittel stehen jedoch auch schon **vor u. nach** der officiellen Curperiode zur Verfügung.—Amtliche Prospecte über Cur-Einrichtungen u. Wohnungsverhältnisse versendet nur die **Königl. Badeverwaltung** und die **Cur-Commission.** (64) 6—3

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Fr. Amalie Schulze, Офицерская 55/17, кв. 93.

Frau **A. Wiander,** Вас. Остр. 7 л. д. 6, кв. 6.

Schwester **Elise Tennison,** Большая Садовая, д. 9, кв. 36.

Frau **Marie Kubern,** Мойка 84, кв. 19.

Sophie Jordan, Вас. Остр., 10 лин д. 11, кв. 9.

Kuranstalt Sanatorium Modum (St.-Olafsbad) und das Schwefel- und Seebad Sandefiord in Norwegen.

Saison vom 1. Juni bis zum 1. Septemb. Prospecte über jedes Bad werden gratis verabreicht in der **Buchhandlung Anton Lindenberg — Gr. Stallhofstrasse 8.** Bäder-Almanach 4. und 5. Ausg. (83) 2—1

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 23 St. Petersburg, 5. (17.) Juni **1893**

Ueber die Ophthalmia leprosa.

Vortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte.

Von

Dr. W. Hulanicki.

Ordinator an der St. Petersburger Augenheilanstalt.

Da ich im Rigaschen und Dörptschen Leprosorium Gelegenheit hatte, die Erscheinungen der Ophthalmia leprosa an 41 Kranken zu beobachten, so möchte ich Ihnen, meine Herren, an der Hand dieses verhältnissmässig reichen Materials in möglichster Kürze die hauptsächlichen charakteristischen Zeichen dieser seltenen und interessanten Augenkrankheit vorführen; den 1. Fall habe ich in der St. Petersburger Augenheilanstalt beobachtet. ausserdem wurde mir die Beobachtung 2 Fälle von den Herren DDr. Magawly und v. Schroeder freundlichst überlassen, schliesslich suchte ich das Bild durch die mir zugänglichen Literaturquellen nach Möglichkeit zu vervollständigen.

Ein ausführlicher Bericht sowohl über die durch meine persönliche Beobachtung gewonnenen Resultate, als auch die Kritik der diesbezüglichen in der Literatur befindlichen Angaben, findet sich in meiner Arbeit betitelt: «Lepröse Augenerkrankungen nach den Untersuchungen in der St. Petersburger Augenheilanstalt und in den Leproserien zu Dorpat und Riga.» J. D. Dorpat.

Bei $^2/_3$ bis $^3/_4$, sogar bei einer noch grösseren Zahl der Leprösen finden sich die Augen in grösserem oder geringerem Maasse an dem Allgemeinleiden betheiligt. Die Ophthalmia leprosa betrifft beide Augen, obschon in verschiedenem Grade. Das männliche, wie das weibliche Geschlecht zeigt sich ziemlich gleich disponirt, wobei das junge und das mittlere Alter den grössten Procentsatz der Erkrankungen abgiebt. Höchst wahrscheinlich treten einzelne Symptome der Ophthalmia leprosa häufig schon im Anfangsstadium des Allgemeinleidens auf; in sehr vielen Fällen ist es jedoch sehr schwer, ja sogar unmöglich auch nur annähernd den Zeitpunkt zu bestimmen, wann das lepröse Allgemeinleiden durch die Augenerkrankung complicirt wird, da man genöthigt ist in der grössten Anzahl der Fälle sich mit den Angaben der Kranken zu begnügen, die in Anbetracht des chronischen Verlaufes, des Fehlens von Entzündungssymptomen und der erträglichen Sehschärfe, die verhältnissmässig lange erhalten bleibt, nur wenig Vertrauen erwecken.

Da genügend scharfe Grenzen zwischen den einzelnen Formen des Aussatzes fehlen, und da sich ferner darunter eine grosse Anzahl von Fällen mit gemischter Form findet, so können wir auf Grund des näher zu beleuchtenden Materiales nur den allgemeinen Schluss ziehen, das diejenigen Kranken, bei denen sich die Lepra hauptsächlich durch das Vorhandensein der Knoteninfiltration oder deren Folgezuständen charakterisirt, am meisten zum Augenleiden disponirt sich erweisen.

Wenn wir nun nach diesen allgemeinen Bemerkungen im Speciellen zur Betrachtung der verschiedenen Erscheinungen der Opthalmia leprosa übergehen, so zeigt es sich, dass der Häufigkeit der Erkrankung nach die Lider den ersten Platz einnehmen, obgleich dieses Leiden den Kranken nur selten von Wichtigkeit erscheint. Nur bei wenigen Kranken erreicht die Infiltration der Haut so grosse Dimensionen, dass sie die freie Beweglichkeit der Lider hindert. Die Infiltration der Lidränder und das Verschontbleiben der Wimpern stehen immer im engsten Zusammenhang. In Ausnahmsfällen exulcerirt die Knoteninfiltration der Lider, der Heilungsprocess führt sodann zur Vernarbung, wobei die normale Form der Lider verändert wird, es treten functionelle Störungen ein, falsche Richtung der Cilien (Ectropium, Entropium, Blepharophimosis, Trichiasis, Distichiasis). Die Störungen leprösen Ursprungs im Nerven- und Muskelapparat der Augenlider äussern sich in Paralyse des M. orbicularis palp. und ihren Folgezuständen vom leichten Thränenträufeln beginnend (Eversio puncti lacr.) bis zum vollständigen Ectropium des unteren Lides und Atrophie des M. orbicularis und sogar des Tarsus.

Die Conj. palp. et bulbi betheiligt sich, wie mir scheint, direct entweder gar nicht an dem leprösen Process oder jedenfalls nur sehr selten. In einzelnen Fällen habe ich auf der Conj. tarsi Neubildungen beobachtet, die sich in Form von kleinen runden Fleckchen von weissgelber Farbe und feinkörniger, etwas concaver Oberfläche präsentiren. Die benachbarte Conj. war etwas geschwellt, im Zustande eines leichten chronischen Katarrhs. Weder neben diesen Fleckchen, noch unter ihnen konnte man eine Infiltration herauspalpiren. In keinem Fall konnte man mehr als eine solche Neubildung auf einem Lide finden; in 2 Fällen fand sich auf beiden oberen Lidern je eine solche symmetrisch gelegene; in allen Fällen war die Sensibilität dieser Fleckchen bedeutend herabgesetzt im Vergleich zur Sensibilität der benachbarten Conj. Waren das Neubildungen leprösen Ursprungs und, wenn ja, waren das primäre Infiltrate der Conj. palp. oder tieferer Bestandtheile der Augenlider? Ich muss diese Frage offen lassen, da ich nicht die Möglichkeit hatte die Entstehung und die weitere Entwickelung dieser Neubildungen zu verfolgen, die mikroskopische Untersuchung war gleichfalls unmöglich in Folge der entschiedenen Weigerung von Seiten der Kranken, sich die Infiltrate exstirpiren zu lassen.

Ich bin nun zur Ueberzeugung gekommen, dass die von zahlreichen Beobachtern als lepröse Knoten der Conj. bulbi beschriebenen Neubildungen höchstwahrscheinlich episclerale Infiltrate gewesen sind. Alle charakteristischen Kennzeichen, die diese Autoren für die von ihnen gesehenen Infiltrate anführen, stimmen sowohl mit denen überein, die die norwegischen Autoren bei der Beschreibung der episcleralen Knoten anführen, als auch mit den unzweifelhaften subconjunctivalen Knoten die ich selbst beobachtet habe. Keiner von den Verfassern, die die Infiltrate der Conj. bulbi beschreiben, führt das differential-diagnostisch ungemein wichtige Moment an, ob die Beweglichkeit der Conj. über dem Infiltrat erhalten geblieben war, oder aber das Infiltrat sich zusammen mit der Conj. über die Sclera bewegen liess.

Die norwegischen Autoren betonen dagegen immer, dass die Conj. über dem Infiltrat beweglich war, wovon auch ich mich in allen Fällen, die ich gesehen habe, überzeugen konnte. Die secundären Veränderungen der Conj. beschränken sich auf einen stärkeren oder geringeren Grad von localer oder allgemeiner Hyperämie und Katarrh. In einigen Fällen, wo der episclerale Knoten besonders stark entwickelt war, war ein Theil der ihn bedeckenden Conj. von der leprösen Infiltration eingenommen und nahm an seinem weiteren Schicksale Theil. Die Sensibilität der Conj. war in einzelnen Fällen herabgesetzt. Bei einem bedeutenden Grade von Parese des M. orbicularis palp., welcher zur Eversion des Unterlides führt, erfährt die Conj. des letzteren eine ganze Reihe von pathologischen Veränderungen (Hyperämie, Katarrh, Hypertrophie und schliesslich Cutisation), welche davon abhängig sind, dass sie bei dieser Stellung des unteren Lides allen möglichen Schädlichkeiten ausgesetzt ist.

Am häufigsten von allen anderen Erscheinungen der Ophthalmia leprosa sind die Veränderungen der Hornhaut beschrieben worden. Dieses wird durch den Umstand erklärt, dass die Veränderungen der Hornhaut ein deutliches und charakteristisches Bild liefern und ernste Folgen für das Sehvermögen der Kranken im Gefolge haben können.

Alle Autoren unterscheiden 2 Formen der Erkrankung der Hornhaut, die zuweilen zusammen, zuweilen isolirt auftreten. Die eine von ihnen äussert sich als eine glatte (flache) Trübung der Hornhaut, die andere in Form eines knotenförmigen Infiltrates. Es ist möglich, dass es auch Uebergangsformen giebt, worauf Boeckmann die Aufmerksamkeit lenkt; ich habe jedoch solche nicht beobachtet, vielmehr grenzten sich beide Formen in allen meinen Fällen deutlich von einander ab. Sowohl die eine wie die andere Form tritt gewöhnlich auf beiden Hornhäuten auf und dann fast immer symmetrisch. Die glatte Trübung kommt öfter am oberen Rande der Hornhaut vor, die Knoten dagegen am äusseren. Beide Formen charakterisiren sich durch einen äusserst chronischen Verlauf und das vollständige Fehlen sowohl subjectiver wie objectiver Entzündungserscheinungen.

Die glatte Trübung kommt viel öfter (2—3 mal so oft) vor als die knotenförmige Infiltration und besteht aus kleinen grauen Fleckchen und Strichen, die an der Peripherie der Hornhaut beginnen und in der Richtung zum Centrum derselben vorschreiten, indem sie ein immer grösseres Areal der Hornhaut einnehmen. Die Zahl der Fleckchen und Striche vergrössert sich, sie werden immer mehr gesättigt, confluiren unter einander. In der Mehrzahl der Fälle, die ich gesehen habe, war die Trübung schwach vascularisirt von Seiten der zarten Aestchen der Conjunctivalgefässe. Der Erkrankungsprocess entwickelt sich immer in den oberflächlichen Schichten des Parenchyms, indem er allmählich die tieferen Theile in Mitleidenschaft zieht, wobei die epitheliale Bedeckung intact bleibt.

Was ist das Endschicksal solch einer Trübung? Boeckmann behauptet, dass sie zuweilen sich vollständig resorbiren kann, gar keine Spuren oder nur kaum wahrnehmbare Maculae hinterlassend.

Die Mehrzahl der Autoren spricht sich dagegen dahin aus, dass die Trübung allmählich die ganze Hornhaut einnehme, immer dichter und dichter werde, um sich schliesslich in eine Art Leukoma totale zu verwandeln, welches dem Kranken das Sehvermögen vollständig raubt.

Meiner Meinung nach ist die letztere Ansicht die wahrscheinlichere. In einer 4-monatlichen Beobachtungszeit konnte ich nämlich bei keinem von den Kranken, die an dieser Form von Hornhauttrübung laborirten, auch nur eine Spur von Verbesserung constatiren, im Gegentheil, der Process hat in vielen Fällen eine deutliche Weiterverbreitung erfahren.

Viel seltener wird die Hornhaut von der knotigen Infiltration befallen.

Primäre Knoten der Hornhaut scheinen überhaupt eine sehr seltene Erscheinung zu sein. Die sehr wenigen und ungenauen Beschreibungen schildern die Affection mehr oder weniger in der Weise, dass man an das Bild eines verdickten Leukoms erinnert wird. Ich habe nicht Gelegenheit gehabt, etwas zu sehen, was ich als primären Knoten der Hornhaut bezeichnen könnte. Nur in einem Falle, wo das charakteristische glatte Infiltrat nicht wie gewöhnlich, in der oberen Hälfte der Hornhaut, sondern in der unteren sich befand und von den Hornhauträndern durch einen vollständig klaren Saum getrennt war, — was ich in den übrigen Fällen nie constatiren konnte — könnte ich vielleicht annehmen, gemäss den Angaben anderer Beobachter, dass wir es hier mit einem Anfangsstadium eines im Entstehen begriffenen primären Knotens der Hornhaut zu thun hätten.

Das, was man in der Literatur häufig unter der Bezeichnung «Knoten der Hornhaut» verzeichnet findet, ist im Grunde genommen die Verbreitung der primären episcleralen Infiltration auf die Hornhaut. Auch in den von mir beobachteten Fällen konnte ich nur diese Form von Hornhautaffectionen bestätigen. Soweit ich mir, nachdem ich meine Kranken in einer Zwischenzeit von mehreren Monaten 2 mal gesehen und mit den mir bekannten diesbezüglichen Literaturangaben verglichen hatte, das Bild dieser Hornhautaffection klar vorstellen kann, besteht es in Folgendem:

In einem dreieckigen, oder besser gesagt in einem halbmondförmigen Segment der Conj., das einen grösse-

ren oder geringeren Theil der Hornhautperipherie umkreist, bildet sich eine Hyperämie, welche hauptsächlich aus conjunctivaler mit einer Beimischung von episcleraler Injection besteht. Mit der Zeit kann man bemerken, dass dieser Theil der Conj. durch eine diffuse flache Schwellung emporgehoben wird, die angesichts der vollständig erhaltenen Beweglichkeit der Conj. über der Schwellung unzweifelhaft unter der Conj. gelegen ist. Die genannte Schwellung ist ihrerseits vollständig unbeweglich und aller Wahrscheinlichkeit nach fest mit der Episclera verbunden. Dieser flache Tumor verliert im Laufe der Entwickelung seine ursprüngliche Form: er vergrössert sich hauptsächlich in der Dickendimension, verliert seine diffuse flache Form und verwandelt sich in ein halbmondwalzenförmiges Gebilde, welches einen Theil der Hornhaut umkreist. Die Dicke dieses walzenförmigen Gebildes ist an der Stelle der ursprünglichen Episcleritis am grössten, um sich nach allen Seiten hin zu verringern. Seine Oberfläche ist spiegelnd, oft feinkörnig, die Farbe ist hell-violett mit einem mehr oder weniger deutlichen Stich ins Gelbliche oder sogar Bräunliche. Die Consistenz ist hart-elastisch. Der zur Hornhaut gerichtete Rand des walzenförmigen Tumors ist gewöhnlich scharf und steil, der zur Peripherie gerichtete dagegen flach. Die den Tumor bedeckende Conjunctiva ist so dicht vascularisirt, dass man die einzelnen Gefässe nur mit Hülfe der Lupe unterscheiden kann.

Das Schicksal dieses leprösen Infiltrats kann zweierlei sein: entweder kann es sich resorbiren, wobei eine vorläufige Exulceration stattfinden kann, oder es greift auf die Hornhaut über.

Den ersteren Ausgang, der von mehreren Verfassern, wie Boeckmann, Bull, und Hansen hervorgehoben wird, habe ich zweifelsohne in 2 Fällen constatiren können. Es ist möglich, dass so ein episclerales Infiltrat auch in anderen, von mir beobachteten Fällen im Stadium der Resorption sich befunden haben mag, worauf vielleicht der deutliche Stich ins Gelbliche oder Bräunliche hindeutete — zufolge den erwähnten zweien Verfassern ein unzweifelhaftes Symptom des regressiven Stadiums. Alle Fälle, in denen das episclerale Infiltrat auf die Hornhaut übergegangen ist, zeichnen sich durch eine besonders starke Entwickelung des walzenförmigen Tumors aus, wobei der zum Centrum der Hornhaut gerichtete Rand sich sehr steil und scharf auf die Oberfläche der Hornhaut niederlässt, zuweilen gewissermassen über sie hinüberhängt. Fast in allen Fällen wurde das knotenförmige Infiltrat der Hornhaut von einer glatten diffusen oder fleckenförmigen Trübung begleitet, oder bisweilen von beiden Formen zugleich. In 2 Fällen war die Conjunctiva auf dem Gipfel des Knotens unbeweglich, augenscheinlich von einem leprösen Infiltrat eingenommen, in denselben 2 Fällen war der Gipfel des Knotens von einer schmalen gelblich-weissen Vertiefung mit körnigem Boden eingenommen; solch ein Fleckchen könnte man wohl vielleicht als den Beginn der Ulceration des Knotens ansehen.

In dieser obenerwähnten Form hat sich mir dieses Hornhautleiden präsentirt: seine weiteren Stadien muss ich nach den Literaturangaben beschreiben, da es mir persönlich nicht gelungen ist die von den Autoren beschriebenen Ausgänge zu beobachten.

Wie es scheint, resorbirt sich der Hornhautknoten nur in sehr seltenen Fällen, ein grösseres oder kleineres Leukom hinterlassend. In der Mehrzahl der Fälle verbreitet sich der Process nicht nur auf die ganze Hornhaut, sondern dringt auch gleichzeitig in die Tiefe, d. h. auf die Iris, das Corpus ciliare etc. Zuweilen erreicht das Wachsthum des Knotens solche Dimensionen, dass der vordere Abschnitt des Auges aus der Lidspalte in Form einer höckerigen Neubildung hervorragt und von den Lidern nicht bedeckt werden kann. Nachdem es an die Grenze seiner Entwickelung gelangt ist, resorbirt sich das lepröse Infiltrat, wobei der Tumor, der die Hornhaut und den vorderen Abschnitt des Tractus uvealis eingenommen hat, allmählich immer kleiner und kleiner wird und den Augapfel der Atrophie anheimfallen lässt — falls die Resorption ohne Ulceration des Knotens vor sich geht. Im entgegengesetzten Falle dagegen, d. h. im Falle der Ulceration, bildet sich ein Ulcus perforans corneae mit seinen Folgen, jedenfalls ist das Endresultat dieser Form der regressiven Metamorphose die Atrophie des Bulbus. Aus der Zahl der von mir beobachteten Kranken will ich noch 2 hervorheben, die einen bedeutenden Lagophthalmus paralyticus hatten und bei denen in Folge dessen der untere Theil der Hornhaut, der beständig vom unteren Lide unbedeckt war, getrübt und in einem Falle sogar oberflächlich ulcerirt war.

Was die Herabsetzung der Sensibilität der Hornhaut anbetrifft, so habe ich sie in deutlich ausgesprochener Form auf der ganzen Hornhaut nur in einzelnen Fällen vorgefunden; im Bereiche dagegen des knotenförmigen Infiltrats ist die Sensibilität immer herabgesetzt.

Ich habe des directen Ueberganges des Hornhautknotens auf die Iris u. s. w. Erwähnung gethan. Dieser Uebergang findet im Angulus irido-cornealis statt. Solch einem Zusammenhang zwischen den Erkrankungen der Iris und Cornea bin ich keinmal begegnet. Ich konnte fast ausnahmslos die Erkrankungen der Regenbogenhaut nur in Form der abgelaufenen oder acuten Iritis beobachten, die weder in dem einen noch in dem anderen Falle sich durch irgend etwas von der Iritis anderen Ursprungs unterschied.

Diejenigen, denen es gelungen ist, lepröse Knoten der Iris zu beobachten, behaupten, dass dieselben entweder im ersten Anfalle, oder in einem der folgenden Anfälle gewöhnlicher acuter Iritis zur Entwickelung kommen. Sie präsentiren sich in Form kleiner gelblich-weisser Knötchen, die an Tuberkeln oder Gummata iridis erinnern. Diese Knötchen resorbiren sich zuweilen bald, um beim nächsten acuten Anfalle wieder zu erscheinen.

Nach der Resorption hinterlassen sie entweder gar keine bemerkbaren Spuren, oder aber es bildet sich an ihrer Stelle eine mehr oder weniger starke Anhäufung von Narbengewebe. In noch anderen Fällen schliesslich vergrössern sie sich dermaassen, dass sie die vordere Kammer einnehmen, auf die Hornhaut übergreifen und in ihrem regressiven Stadium zur Atrophie des Augapfels führen. Bei einem von meinen Kranken waren die Veränderungen der Iris so ausgesprochen, die Menge des Narbengewebes so bedeutend, dass ich mich berechtigt fühle, die Meinung auszusprechen, dass ich es in diesem Falle mit einem Endresultat der tuberösen Form der Iritis leprosa zu thun hatte.

Bei der Erkrankung der Iris participirt fast immer mehr oder weniger auch das Corpus ciliare; in einzelnen Fällen manifestirt sich das durch das Entstehen temporärer oder bleibender Glaskörpertrübungen. Die Vermuthung, dass auch im Corpus ciliare knotenförmige Infiltrate vorkommen, ist gewiss vollkommen begründet; jedoch stösst die diesbezügliche klinische Diagnose auf sehr grosse Schwierigkeiten. Nur in seltenen Fällen zerstört der im Corpus ciliare sich entwickelnde Tumor die Sclera und wuchert nach aussen. Ich glaube, in dem einen meiner Fälle die letzterwähnte Erscheinung constatirt zu haben.

An den Erkrankungen des Tractus uvealis participirt auch der vordere Theil der Chorioidea. Per continuitatem greift der Process auch auf den benachbarten Theil der Retina über (Pars ciliaris retinae), obgleich die klinische Untersuchung (die ophthalmoskopische sowohl wie die functionelle) fast immer negative Resultate zu Tage förderte. Die Sehschärfe des Kranken stand immer in directem und engem Zusammenhang nur mit der Erkran-

kung der Hornhaut und des Tractus uvealis, hauptsächlich der ersteren. Secundäre Linsentrübungen in Folge der Erkrankung des Tractus uvealis sind öfters constatirt worden.

In der Literatur finden sich Angaben, die noch sehr der Controlle bedürfen, über Augenmuskellähmungen leprösen Ursprungs. Kaurin fand bei der Section eines Leprösen Atrophie der Thränendrüse.

Mikroskopische Untersuchungen betreffend die Ophthalmia leprosa sind nach 2 Richtungen unternommen worden, entweder zu diagnostischen Zwecken, hauptsächlich vom bakteriologischen Standpunkt aus, oder aber um das Verhältniss der Neubildung zu den verschiedenen Abschnitten des Augapfels festzustellen. Die ersteren sind bei weitem die zahlreichsten.

Es ist mir auch gelungen Schnitte von 2 Sclerocorneal-Knoten zu bekommen; sie wurden bakteriologisch von Dr. Zumft untersucht. Die Resultate der Untersuchungen laufen hauptsächlich darauf hinaus, dass man die charakteristischen Leprabacillen, namentlich in den Zellen der Neubildung, nachweisen kann. Diese Zellen ihrerseits gehören zum Typus der Lymphoidzellen, mit einem, selten mehreren Kernen. Man findet auch typische Riesenzellen. Die Zellen sind in einem aus schmalen Fibrillen bestehenden Netzwerk eingebettet. In dieser Intercellularsubstanz findet man Bacillen viel seltener, als in den Zellen selbst.

Die Untersuchungen nach der anderen Richtung sind viel spärlicher. Wenn wir die Resultate zusammenstellen, bekommen wir die folgenden allgemeinen charakteristischen Merkmale: Der Tumor verbreitet sich entlang den Lymphbahnen des vorderen Bulbusabschnittes, d. h. der Cornea, Sclera, Iris, Corpus ciliare und des vorderen Theiles der Chorioidea, Retina und des Spatium suprachorioidale. Indem sich nun die Neubildung auf diesem Wege weiter entwickelt, zerstört sie schliesslich die normalen Gewebe und, nachdem sie ein gewisses Stadium der Entwickelung erreicht hat, geht sie in das regressive Stadium über. Dabei zeigen die epithelialen und endothelialen Gebilde eine besonders hohe Widerstandskraft. Was die Gefässe anbetrifft, so sind die Bacillen nur in der Adventitia und zwar nicht in allzugrosser Zahl gefunden worden, die Media dagegen erwies sich als fast und die Intima als vollständig frei von ihnen. Bei den von der Neubildung ergriffenen Nervenfibrillen erwies sich das Perineurium infiltrirt und der Markmantel zerstört, die Axencylinder dagegen, obgleich dem Drucke ausgesetzt, blieben erhalten.

Die bis zur Zeit ausgeführten klinischen und anatomimischen Untersuchungen haben jedoch die Frage offen gelassen, auf welche Weise die lepröse Infection in's Auge hineindringt. Desgleichen die Frage, wo die ersten Erscheinungen der leprösen Infection vorzukommen pflegen. Was übrigens die letztere Frage anbetrifft, so laufen alle Andeutungen der Autoren darauf hinaus, dass man die Gegend des Canalis Schlemmii und das Spatium Fontanae am allerehesten als den primären Focus der Entwickelung dieser Infiltration im Auge anzunehmen berechtigt ist.

In Anbetracht der in Russland in der letzten Zeit gegen die Lepra ergriffenen Maassnahmen, wie namentlich der Einrichtung entsprechender, unter ärztlicher Controlle stehender Lepra-Asyle, die den Zweck haben sollen, einerseits die Qualen der Unglücklichen wenn auch zur Zeit nur symptomatisch zu erleichtern, und andererseits die Weiterverbreitung der Seuche zu verhindern, scheint mir der Umstand nicht ohne Wichtigkeit zu sein, dass die Therapie der Ophthalmia leprosa wenn nicht mehr, so doch jedenfalls nicht weniger Chancen auf Erfolg darbietet, als die Therapie der übrigen leprösen Erscheinungen.

Die Verhütung der Blindheit bei den Leprösen, die ja auch ohnehin ihr Leben in trauriger Lage fristen, wird für den leitenden Arzt zu einer besonders dankbaren Aufgabe.

Ich glaube deswegen, dass es sehr wünschenswerth ist, dass der betreffende Arzt in den therapeutischen und operativen, bei der Ophthalmia leprosa empfohlenen Handgriffen bewandert sei.

Vielleicht wäre es noch besser, wenn die Leprosorien von den Augenärzten möglichst oft besucht würden.

Die Methoden, die bei starker Entwickelung der Knoten der Lidhaut und ihrer Exulceration geübt werden, unterscheiden sich von der Behandlung der Knoten an anderen Körpertheilen nicht im mindesten. Die Therapie des Augapfels dagegen besteht hauptsächlich in der Zerstörung, resp. Entwickelungshemmung der Knoten oder der glatten Trübung der Hornhaut. Was die ersteren anbetrifft, so wird die Cauterisation der Knoten angewandt, die Excision mit oder ohne nachfolgende Cauterisation; nach den Angaben der norwegischen Autoren scheint jedoch die Keratotomie am meisten Zutrauen zu verdienen, d. h. ein Linearschnitt durch die ganze Hornhautdicke in dem gesunden Theile auf der Grenze des Infiltrates. Die sich nach der Keratotomie bildende Narbe bietet ein, wenn auch nicht absolut sicheres, so doch ein sehr bedeutendes Hinderniss für die Weiterentwickelung des Infiltrates und unterstützt auf diese Weise die Conservirung einer erträglichen Sehschärfe.

Bei der leprösen Iritis ist die Therapie dieselbe, wie bei der gleichen Erkrankung anderweitigen Ursprungs. Wenn Knoten in der Iris zur Entwickelung gelangen, wird ihre operative Entfernung vorgeschlagen, doch scheint mir die Erfahrung in dieser Beziehung bis jetzt noch eine sehr mangelhafte zu sein.

Wenn Lagophthalmus paralyticus im Entstehen begriffen ist, so kommt in Anbetracht dessen, dass dabei secundäre Hornhauterkrankungen sich entwickeln können, die Tarsorrhaphie, d. h. die Vernähung des nasalen Drittheiles der Augenlidspalte, als hauptsächlicher therapeutischer Eingriff in Betracht.

Referate.

Alexander Fawitzky (München): Ueber Farbstoffproduction durch den Pneumococcus (Fränkel). (Deutsch. Archiv für klinische Medicin. Bd. 50. 1892).

Die Hauptmenge der Bakterien, die Pigment produciren, kommt auf die nicht pathogenen und nur ein kleiner Theil auf die pathogenen Mikroben. Ueber die Natur des Pigmentes, ebenso wie über die Art seiner Entstehung ist noch sehr wenig bekannt, indessen nehmen einige an, dass die Bakterien das Pigment nicht unmittelbar, sondern vorher eine Substanz, die sogenannte «chromogene Substanz» produciren, aus der dann allmählich, theilweise infolge der chemischen Vereinigung mit gewissen Bestandtheilen des Nährbodens, theilweise unter dem Einflusse des Sauerstoffes der Luft, das Pigment entsteht. In der That steht das Pigment in engem Zusammenhang mit der Beschaffenheit des Nährbodens und mit gewissen äusseren Einflüssen. Das Pigment findet sich selten im Bakterienleibe selbst oder deren Membran, sondern gewöhnlich in der Umgebung, wo es wahrscheinlich aus der chromogenen Substanz entsteht, die aus dem Bakterienleibe sich der Umgebung durch Diffusion mitgetheilt hat oder in Folge der Auflösung der Bakterien selbst frei geworden ist. Das Pigment ist in Alkohol, Aether, Chloroform, Benzol etc. in Laugen und einigen Säuren leicht löslich, seine Producirung wird durch Sauerstoffzutritt stark befördert. Schottelius hat bei seinen Untersuchungen, welche den Bacillus prodigiosus zum Gegenstand haben, gezeigt, dass die Temperatur und das Alter der Cultur auf die Pigmententwickelung von grossem Einfluss sind. Wir ersehen aus ihnen, dass die Pigmententwickelung seitens des Bac. prodigiosus keineswegs etwas Constantes sondern bei Anwendung gewisser künstlicher Eingriffe etwas leicht Veränderliches ist. Der Bac. prodigiosus kann nun als Typus einer grossen Gruppe Pigment producirender Bakterien gelten, bis auf einige Ausnahmen. Zu den letzteren gehören: Spiril-

lum rubrum, Bakterium lactis erythrogenes und Bacillus pyocyaneus.

Indem Verfasser jetzt zu dem Farbstoff, der von dem Diplococcus pneumoniae ausgeschieden wird, übergeht, schildert er das Verfahren, das zur Erlangung der Stoffwechselproducte des Diplococcus von ihm angewandt wurde. Nachdem einem Kaninchen pneumonischer Auswurf in die Bauchhöhle gespritzt worden und dasselbe an der sogenannten «Sputumsepticämie» gestorben, wurde eine Bouilloncultur aus dem Blut angefertigt und in den Thermostat bei 37,5°C. gestellt. Am folgenden Tage waren die Culturen vorzüglich aufgewachsen, die Bouillon in den Reagensgläsern wurde trübe, wobei die Trübung eine rothbraune Färbung zeigte. Im Verlaufe zweier weiterer Tage senkte sich diese Trübung in Form eines ziemlich voluminösen körnigen, ziegelrothen Niederschlages.

Um die Entwickelung des Farbstoffes besser verfolgen zu können, muss man einen Theil der Bouilloncultur aus dem Glase, in dem die Entwickelung schon begonnen hat, in eine grosse Flasche mit sterilisirter Bouillon (etwa ½ Liter) übertragen und dieselbe in einen Thermostat bei 37,5°C. bringen. Das Pigment sammelt sich allmählich am Boden des Gefässes, bis es endlich dort eine ziemlich dicke Schicht von ziegelrother Farbe bildet, während die Bouillon sich entfärbt und nach einiger Zeit durchsichtig wird mit einer nur schwachen Trübung.

Auf einzelne Abweichungen von diesem Verhalten kann hier nicht eingegangen werden.

Unter dem Mikroskop zeigt sich der Farbstoff in Form von gefärbten amorphen Massen. Er ist ziemlich gut löslich in starker Kalilauge bei Erwärmung, wobei man eine gelbe Flüssigkeit erhält, weniger löslich in Eisessig und 90 pCt. Carbolsäure und unlöslich in Wasser, Aether, Alkohol, Chloroform, Benzol, Mineralsäuren etc.

Der Zutritt von Luft, Kohlensäure und der Mangel an Sauerstoff spielen keine merkliche Rolle, jedenfalls konnte man schliessen, dass die Pigmententwickelung ziemlich selbständig beim Diplococcus geschieht. Auch die Alkalescenz der Bouillon hatte keinen merklichen Einfluss, und der Zusatz von Ferrum sesquichloratum blieb wirkungslos.

Die Pigmententwickelung konnte nur in Bouillon constatirt werden und nur einmal kam eine schwache Pigmententwickelung auf einer Agar-Agar-Stichcultur zur Beobachtung, wobei nur die Ränder der Cultur in der Tiefe pigmentirt waren, während auf der Oberfläche die Culturen farblos blieben.

Was die Frage betrifft, wo das Pigment liegt, ob ausserhalb der Diplococcen, ob in ihnen selbst, oder sogar in den Kapseln, so kann man mit einiger Wahrscheinlichkeit das Letztere annehmen. Die Entscheidung, ob der Farbstoff zu den reinen Pigmenten oder zu den sogenannten «Farbptomainen» Hüppe's gehört, ist wegen der geringen Ausbeute, welche die Culturen liefern, bis jetzt nicht möglich gewesen. Eine geringe Quantität des Pigmentes, welche aus 5 Reagensglasculturen (die etwa 10 Minuten lang im strömenden Dampf sterilisirt wurden) durch Decantation erhalten wurde, brachte in Form einer Aufschwemmung 2 weissen Mäusen subcutan injicirt keine Störungen bei denselben hervor.

Die biologischen Eigenschaften des Pigment producirenden Pneumococcus stimmen vollständig mit jenen des Fränkel'schen Pneumococcus überein, mit dem unwesentlichen Unterschied, dass hier behandelter Diplococcus auf Gelatine auch bei Zimmertemperatur, wenn auch langsam wächst. Mit Rücksicht auf diese Identität gewinnt das von dem Diplococcus producirte Pigment an Bedeutung da seine Farbe sehr an die Rostfarbe des pneumonischen Auswurfs erinnert. Offenbar muss die charakteristische Rostfarbe des pneumonischen Sputums nicht nur im Vorhandensein von Blutkörperchen im Auswurf, sondern in der besonderen Veränderung des Blutfarbstoffes — des Hämoglobins — liegen, bei deren Zustandekommen der Diplococcus möglicher Weise eine wichtige Rolle spielt. Jedenfalls ist es auffallend, dass diese charakteristische Färbung ausschliesslich bei der croupösen Pneumonie und nicht in anderen Lungenkrankheiten beobachtet wird, bei denen auch viel Blut im Sputum vorzukommen pflegt.

C. Tomberg.

Wiesmann: Ein Fall von Struma intrathoracica. (Corr.-Bl. f. Schw. Aerz. 1893. Nr. 1).

W. konnte bei einem 56-jährigen, zeitlebens an Dyspnoe leidenden Armenhäusler die Diagnose schon in vivo mit Sicherheit auf Str. intrathoracica stellen; er stützte sich dabei auf die lange Dauer der Athembeschwerden, auf die Figur der Dämpfung (welche vom Jugulum abwärts zu beiden Seiten des Sternums bis zur Herzdämpfung reichte) und auf die hochgradige Trachealstenose. An Lungen und Herz hatte die Untersuchung nichts Auffälliges ergeben und ein rechts neben dem Kehlkopf sitzender, nur wallnussgrosser, steinharter Strumaknoten konnte auch keineswegs das stertoröse, mit deutlichem Stenosengeräusch verbundene Athmen erklären. Pat. ging, nachdem Jodkali nur geringe Besserung verschafft und sich auch noch Dysphagie eingestellt hatte, marastisch zu Grunde. Die Obduction ergab einen fast doppelfaustgrossen Tumor, der gleichsam reitend auf der Bifurcation und dem Herzbeutel sass; er stellte eine ovoide, theilweise cystisch degenerirte Struma dar, welche mit der cervicalen, vollständig verkalkten Thyreoidea absolut keinen parenchymatösen Zusammenhang hatte. Die Trachea war ganz platt gedrückt und scoliotisch, der Oesophagus ebenfalls seitlich verkrümmt und oberhalb divertikelartig erweitert. Die Red. d. Corr.-Bl. fügt dieser Mittheilung hinzu, dass der W.'sche Fall ein Unicum sei, weil er den ersten sicher constatirten Befund eines retrosternal gelegenen Kropfes ohne Zusammenhang mit der Halsschilddrüse repräsentirt; Ausgangspunkt dieser endothoracalen Struma war vielleicht jene bei Hunden, Selachiern, Batrachiern und Eidechsen vorkommende und auch beim Menschen gelegentlich gefundene accessorische Schilddrüse am Aortenbogen (sog. Aortendrüse).

Fremmert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Nil Filatow: Klinische Vorlesungen über Diagnostik und Therapie der Darmkatarrhe der Kinder mit besonderer Berücksichtigung des Säuglingsalters. Uebersetzt nach der 3. russischen Auflage von L. Polonsky. Wien, Verlag von Josef Safar 1893.

In der vorliegenden kleinen Monographie ist eins der wichtigsten Kapitel der Pathologie der Kinderheilkunde in einer für praktische Zwecke durchaus entsprechenden Form von dem bekannten Moskauer Professor bearbeitet worden. Verf. bemüht sich zunächst die verschiedenen Arten des kindlichen Darmkatarrhes praecise zu schildern: wobei er namentlich die differentiell-diagnostischen Gesichtspunkte hervorhebt, alsdann geht er zur Therapie über, die besonders eingehend besprochen wird, wobei namentlich die hygienisch-diätetischen Verhältnisse hervorgehoben werden. Wir zweifeln nicht, dass das Büchlein volle Anerkennung unter dem deutsch-ärztlichen Publicum finden wird.

Abelmann.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

20. Januar 1893.

Dr. H. Pander demonstrirt das Präparat einer Tubengravidität. Das uterine Ende der Tube ist in einer Länge von c. 3 Cm. von normaler Form, nur etwas verdickt, lateralwärts erweitert sich die Tube zu 3 Säcken, von denen der mittlere der grösste ist und neben etwas flüssigem Blut ein Fibringerinnsel (nach mikroskopischer Untersuchung) von etwa Hühnereigrösse enthielt: dasselbe sass an einer Stelle fester an der Tubenwand, so dass man den Eindruck einer stielartigen Insertion gewann (wahrscheinlich die Placentarstelle). Die beiden anderen Säcke sind kleiner, von etwa Kleinwallnussgrösse und enthielten flüssiges schwärzliches Blut. Die 3 Säcke communiciren mit einander, das Ostium abdominale tubae ist verschlossen. Das Ovarium liegt neben der Tube, frei von Verwachsungen mit derselben, enthält (auf dem Durchschnitt sichtbar) ein altes und ein frisches Corpus luteum. Tube und Ovarium der anderen (linken) Seite waren normal.

Der Fall ist insofern von Interesse, als die Diagnose schon vor der Operation mit ziemlicher Gewissheit gestellt werden konnte. Anamnese und klinische Beobachtung während eines Monates boten manches Charakteristische.

Es handelte sich um eine Frau von 35 Jahren. Vor 11 Jahren eine Geburt, nachher keine Gravidität, aber Unterleibsbeschwerden, bestehend in Schmerzen um die Zeit der Menses; sie wurde deswegen längere Zeit mit Pinselungen gynäkologisch behandelt. Nachdem die drei letzten Perioden besonders reichlich gewesen, erfolgte am nächsten Periodentermin eine eintägige, schwache Blutung, die offenbar bereits als Schwangerschaftssymptom aufgefasst werden muss. In der folgenden Zeit subjective Graviditätssymptome, wie Uebelkeit und Speichelfluss des Morgens, späterhin Gefühl der stärkeren Wölbung des Unterleibes; dazu kam ein Anschwellen der Brüste. Drei Wochen nach der letzten eintägigen Genitalblutung plötzlich heftige Schmerzen im Unterleibe, so dass Patientin nur gekrümmt gehen konnte, resp. sich hinlegen musste. Nach einigen Stunden vergehen die Schmerzen und treten nach 3 Tagen von neuem, aber viel heftiger auf, so dass Patientin fast ohnmächtig wird, wehenartiger Charakter, dabei etwas Blutung aus den Genitalien. Offenbar hat es sich bei diesen beiden Schmerzattaquen um Blutungen in die Tube gehandelt, die wohl auch das Absterben der Frucht zur Folge gehabt haben werden. Nach weiteren 6 Tagen stellen sich continuirliche Blutungen und Schmerzen ein, welche bis zur Operation

andauern. Die Schmerzen sind intermittirend, kolikartig, werden meist rechts im Unterleib empfunden, woselbst Patientin dann auch einen Tumor oberhalb des Ligamentum Poupartii sich aufbäumen fühlt. Diese Koliken enden mit einem Bluterguss aus den Genitalien, lassen dann nach und kehren bald mit denselben Erscheinungen wieder; unabhängig davon bestehen noch leichte Schmerzen und Blutungen. Das Blut ist in den ersten Wochen vor der Operation mehr schwärzlich, dazwischen aber immer noch frischroth. Einen Monat nach der zweiten vermuthlichen Tubenblutung und dem Absterben der Frucht, also 7 Wochen nach der ersten spärlichen eintägigen Menstruationsblutung, Abgang eines häutigen Fetzens aus der Vagina, der mit dem anhaftenden Blutcoagulum etwa die Grösse von 2 Fingern hatte und nach Entfernung des letzteren etwa halb so gross war: offenbar die abgegangene Decidua uterina. Sechs Tage später, am 10. Decemb. 1892, wurde ausser dem betreffenden Tubentumor constatirt eine Vergrösserung des Uterus und eine leichte Pigmentirung der Linea alba. Aus den Brüsten liess sich etwas colostrumartige Flüssigkeit ausdrücken, obgleich dieselben nach Angabe der Frau bereits etwas abgeschwollen waren. Im Laufe des nächsten Monates vergrösserte sich der Tumor nicht, doch konnte eine deutliche Verkleinerung auch nicht constatirt werden, nur schien er anstatt der anfangs mehr rundlichen eine mehr ovale Form und etwas härtere Consistenz angenommen zu haben.

Mit Rücksicht auf die fortwährenden Blutungen und die dem entsprechende Kräfteabnahme der Patientin und die immer drohende Gefahr der Ruptur des Fruchthalters mit innerer freier Blutung, da wenig Adhäsionen um den Tumor zu sein schienen, wurde die Operation beschlossen und am 8. Januar 1893 ausgeführt. In Betreff derselben sei nur angeführt, dass die Parametrien der kranken Seite sehr blutreich gefunden wurden, aus jedem Stichkanal mit scharfer Nadel blutete es lebhaft, es konnte nur mit stumpfem Instrument umstochen werden, es waren viele Ligaturen nöthig. Der Tumor war mit c. $^1/_3$ seiner Peripherie hinten, unten, rechts dem Beckenboden adhärent, die Ausschälung gelang leicht, aus dem Geschwulstbett sickerte aber fortwährend Blut, so dass mit Jodoformgazestreifen tamponirt werden musste, deren Enden zum unteren Wundwinkel hinausgeleitet wurden. Der Zustand der Patientin war zur Zeit, 4 Wochen nach der Operation ein befriedigender. Die Operation wurde etwa $7^1/_2$ bis 8 Wochen nach dem Fruchttode ausgeführt. Von einer Frucht, die damals etwa 7 Wochen alt sein musste, wenn man das Ei der letzten Periode als das befruchtete ansieht, war im Tubeninhalt nichts zu finden. Dieselbe ist vielleicht resorbirt worden oder zerfallen und mit dem Blut abgegangen. Die mikroskopische Untersuchung der Tubenwand auf Deciduazotten steht noch aus. In 2 Fällen der Zweifel'schen Statistik konnten sie noch $5^1/_2$, resp. 6 Wochen nach erfolgtem Fruchttode constatirt werden. In diesem Falle seien, wie gesagt, $7^1/_2$ bis 8 Wochen verflossen. Aber auch für den Fall, dass diese Untersuchung negativ ausfalle, zweifelt Vortragender nicht an der Diagnose: Tubengravidität.

Dr. Radecki demonstrirt einen Blasenstein, welchen er vor ca. $1^1/_2$ Wochen per urethram aus der Blase einer 21-jährigen Frau entfernt hat. Der Stein hat sich um einen knöchernen Häkelnadelstiel gebildet, welcher c. 6 Jahre in der Blase gelegen hatte. Der Stiel ist 10 Ctm. lang und 0,5 Ctm. dick, der Stein 6,5 Ctm. lang und an seiner grössten Cirumferenz 11 Ctm. dick, von ovoider Form. Aus der Krankengeschichte hebt R. Folgendes kurz hervor: Pat. 21 Jahre alt, anämisch und mager, ist seit 8 Monaten verheirathet. Am 8. August 1892 letzte Menses; vor c. $2^1/_2$ Monaten Beginn der Blasenbeschwerden, bestehend in beständigem Harndrang, Harnträufeln verbunden mit grosser Schmerzhaftigkeit, Stuhlbeschwerden. Nachdem Pat. vergebliche Hülfe auf dem Lande gesucht, kommt sie in die Sprechstunde R's; daselbst wegen colossaler Empfindlichkeit eine Untersuchung absolut unmöglich; Pat. muss während der Untersuchung häufig Urin entleeren. Verdacht auf Incarceration des retroflectirten graviden Uterus. Am anderen Tage Untersuchung in der Narcose, wobei deutlich ein Tumor in der Blase zu fühlen, gleich hinter der Symphyse gelegen und durch Katheter etwa 1 Zoll von der Harnröhrenmündung zu fühlen. Leichte Dilatation durch Hegarsche Dilatatorien und einen, dann 2 Finger. Ziemlich leichte Extraction durch Kornzange, so dass der dünnere Theil des Steines nach vorn gerichtet war. Verlauf durchaus glatt ohne jegliche Temperatursteigerung. Innerhalb der ersten 3 Tage absolute Incontinenz, welche von dann ab immer abnimmt, so dass Pat. am 6. Tage geheilt entlassen werden konnte. Auf die im V. Monate bestehende Gravidität hat der Eingriff keinen Einfluss gehabt. Die grosse Dehnbarkeit der Urethra in diesem Falle dürfte wohl nicht mit Unrecht auf die Gravidität zurückgeführt werden, in welchem Zustande ja bekanntlich alle Theile der Genitalien sich einer besonderen Auflockerung erfreuen. Pat. gab an, den Häkelnadelstiel wegen Mastnrbation sich vor 5 Jahren in die Harnröhre geführt zu haben, wo ihr derselbe plötzlich entwichen ist. Derselbe hat ihr anfangs keine Beschwerden gemacht, im Laufe der Jahre aber immer deutlichere, bis sich dieselben jetzt in der Gravidität zu ganz unerträglichen gesteigert haben.

Dr. Schabert spricht «Ueber Actinomycosis». Der Vortragende führt aus, er bezwecke durch Mittheilung einiger im Rigaschen Stadtkrankenhause (Abtheilung des Dr. Bergmann) beobachteter Fälle von Actinomycosis nichts weiter, als das Interesse der hiesigen Collegen dieser an anderen Orten schon lange bekannten Krankheit zuzuwenden. Die zu referirenden Fälle seien die ersten, welche in Riga (vielleicht auch in den Ostseeprovinzen) beobachtet und intra vitam diagnosticirt worden sind. Nach Analogie der Erfahrung an anderen Orten werden ihnen wohl bald weitere Beobachtungen folgen, weil ihre autochthone Entstehung als sicher angenommen werden könne. — Alsdann bespricht der Vortragende in Anlehnung an Israel, Partsch, Illich (Wien 1892) u. A. die allgemeine Pathologie und Symptomatologie der Actinomycosis, in erster Linie dabei differential-diagnostische Gesichtspunkte geltend machend. Aus der Betrachtung dieser gehe hervor, dass in klinischer Beziehung dem actinomycotischen Processe etwas Specifisches nicht zuzukommen brauche, ja in den meisten Fällen auch nicht zukomme. Vor Fehldiagnosen könne sich nur der bewahren, der erstens sich daran gewöhnt hat in zweifelhaften Fällen stets der Actinomycosis zu gedenken und zweitens, der in solchen Fällen den probepunctirten oder spontan entleerten Eiter einer genauen mikroskopischen Untersuchung unterzieht. (Demonstration eines nach Gram gefärbten Präparates).

I. Fall: Abdominalactinomycosis.

Frau Bertha H., 56 a. n. aus Riga; aufgenommen im Febr. 1892, leidet seit Monaten an Durchfällen. Seit 4 Monaten Schmerzen im Leibe; über der rechten Leiste bemerkte Patientin selbst eine Geschwulst. In letzter Zeit rapides Wachsthum derselben. Status: Geschwulst von der Grösse zweier Fäuste über dem rechten Lig. Poupart; bis zur Spina sup. reichend; auf Druck leicht schmerzhaft; Haut über derselben nicht verschieblich; an einigen Stellen deutliche Fluctuation; nicht abgrenzbar; Rectalbefund negativ; Probepunction ergiebt Eiter. Bei der darauf folgenden Incision stösst man auf ein derbes, eigenthümliches, von Eiter und Fistelgängen durchsetztes Gewebe. Dieser ersten Incision folgten mehrere andere, welche durch stets neu sich bildende Tumormassen und Fisteln veranlasst wurden. Patientin ist nach monatelanger Behandlung gebessert (von den vielen Fisteln besteht nur noch eine), aber nicht geheilt worden.

II. Fall: Abdominalactinomycosis-Kothfistel.

Anna Str. 14 a. n. aus Kurland, aufg. im August 1892. Im Febr. 1892 mit Schmerzen im Abdomen erkrankt. Im März wird von Pat. ein Tumor bemerkt. Im Mai entstehen am Nabel 2 Fisteln, aus denen schwarze Körner austreten und Gase entweichen. Das Abdomen stark aufgetrieben; die ganze Unterbauchgegend giebt bei Palpation derbe Resistenz, welche in Nabelhöhe von Spina zu Spina reicht. In der Regio iliaca et inguinalis dextr. 6 Fisteln, welche auf Druck Eiter entleeren. Viel Albumen im Harn. Bei der Incision der Fisteln stösst man auf schwieliges, eiterdurchsetztes Gewebe. Nach einigen Wochen entleeren sich aus einer Fistel fäcale Massen; nach Eröffnung des Peritoneums wird eine Kothfistel angelegt; das Peritoneum bedeckt mit kleinen gelblich-weissen eigenthümlichen Knötchen. Pat. erkrankte nach 3 Monaten an Pocken und wurde transferirt.

In beiden Fällen nun hat Vortragender im Eiter Actinomycesfäden nachgewiesen und damit die gleich anfangs von Dr. Bergmann gestellte Diagnose auf Abdominalactinomycosis gesichert. Der speciellen Symptomatologie der Darm Actinomycosis sich zuwendend, thut der Vortragende besonders der Perityphlitis, des (gashaltigen) Bauchdecken- und Bauchabscesses, der Periproctitis, der Parametritis, des Darmcarcinoms und der Bauchdeckengeschwülste (Sarcom, Fibrom) in differentialdiagnostischer Beziehung Erwähnung.

Z. Z. Secretär: Dahlfeld.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 16. Februar 1893.

1) Herr Mossin stellt ein 1 Jahr 9 Monate altes Kind aus dem Nikolai-Kinderhospital vor; dasselbe weist einen grossen abdominalen Tumor auf, welcher vom linken Hypochondrium ausgehend die halbe Bauchhöhle ausfüllt. Vortr. ersucht die Collegen, ihre Meinung über die etwaige Natur der Geschwulst auszusprechen.

Herr Lunin weist auf die Möglichkeit eines Lymphdrüsentumors hin; nach den Angaben in der Literatur zu schliessen, gehen die Bauchtumoren der kleinen Kinder meist von den Lymphdrüsen aus.

Herr Koch macht auf das Vorkommen grosser Milztumoren bei syphilitischen Kindern aufmerksam, erst kürzlich sah er einen solchen grossen Milztumor bei einem syphilitischen Kinde im Nikolai-Kinderhospital. Malaria war in jenem Falle

ausgeschlossen, die darauf gerichtete Blutuntersuchung ergab ein negatives Resultat.

2. Herr Weber (Jalta) spricht über die Traubencur in Jalta und giebt einige Daten über die Anwendungsweise, die Indicationen und den therapeutischen Werth der Cur, sowie über die Eigenschaften der zu verwendenden Trauben.

Sitzung am 2. März 1893.

1) Herr Carl Ernst (Gast) hält seinen angekündigten Vortrag über «die Heilung des Stotterns als eine Frucht der Erziehung». Vortr. berührt zunächst die Aetiologie, insbesondere die Heredität des Stotterübels und geht dann auf das Wesen der Störung in physischer und psychischer Beziehung ein. Zum Schluss erörtert er die von der Therapie einzuschlagenden rationellen Wege.

2. Herr Hulanicki spricht «Ueber Lepra des Auges». Eine ausführliche Arbeit des Verf. über dieses Thema ist als Inaugural-Dissertation in Dorpat erschienen. Der Vortrag ist in dieser № der Wochenschrift abgedruckt.

Herr v. Schroeder hält es für wünschenswerth, dass in den Leprosorien an solchen Leprösen, welche mit Augenaffectionen behaftet sind, bei der Aufnahme und auch später Sehprüfungen vorgenommen würden, um einen Maassstab für die Wirkung der Behandlung zu haben.

Herr Petersen theilt mit, dass es Campana in Genua gelungen zu sein scheint, Reinculturen von Leprabacillen zu erhalten.

Secretär E. Blessig.

Sitzung am 16. März 1893.

1) Herr Dr. chem. Biel, als Gast, hält einen zum Druck bestimmten Vortrag: Ueber die Löslichmachung der rohen Carbolsäure in Wasser durch Behandlung mit concentrirter Schwefelsäure.

Nachdem Laplace die Entdeckung gemacht hatte, dass die in Wasser unlösliche rohe Carbolsäure durch concentirte Schwefelsäure löslich gemacht werden kann, behauptete Fränkel, dass sich in solchen Lösungen die Schwefelsäure frei neben Cresolen befände. Die Untersuchungen des Vortragenden ergaben, dass letztere Behauptung Fränkels ohne genügende Grundlage ist, da sich in allen Gemischen Cresolsulfosäuren neben freier Schwefelsäure nachweisen liessen. Letztere verstärkt allerdings die desinficirende Wirkung ersterer. Als praktisch wichtiges Resultat der Untersuchungen Dr. Biel's ist hervorzuheben, dass die in Russland übliche Vorschrift 3 Gewichtstheile 50 pCt. roher Carbolsäure mit 1 Gewichtstheil concentrirter Schwefelsäure unter Abkühlung zu mischen als unökonomisch zu bezeichnen ist, da die Desinfectionskraft der rohen Carbolsäure nur sehr wenig ausgenutzt wird: es gehen nur 8 pCt. in Lösung, 92 pCt. bleiben im theerigen Rückstande unausgenutzt. Viel besser ist dagegen das von Fränkel angegebene und auch vom deutschen Reichs-Gesundheitsamt empfohlene Verfahren, demzufolge gleiche Gewichtstheile roher 50 pCt. Carbolsäure mit concentrirter Schwefelsäure unter Abkühlung gemischt und am kühlen Orte stehen gelassen werden sollen. Es lösen sich 90 pCt. der Carbolsäure, ungelöst bleiben nur die für die Desinfection werthlosen Kohlenwasserstoffe. In der Lösung finden sich 34—36 pCt. Cresolsulfosäuren.

Infolge der russischen Vorschrift sind in der letzten Choleraepidemie beträchtliche Summen unnütz verausgabt worden.

2. Herr Moritz spricht über ein Auscultationsphänomen am Herzen.

(Veröffentlicht in der St. Petersb. med. Wochenschr. Nr. 19)

Stellvertr. Secretär: W. Beckmann.

Vermischtes.

— Die DDr. Heinrich Dehio und Max Schönfeldt haben am 1. Juni ihren Dienst an der bekannten Irrenheilanstalt Rothenberg bei Riga aufgegeben. Es liegt gewiss nicht im Interesse der Anstalt, die schon durch den kürzlich erfolgten Weggang des Dr. A. Mercklin einen empfindlichen Verlust erlitten hat, dass man ihr so tüchtige und pflichttreue Kräfte nicht auf die Dauer zu erhalten versteht. W.

— Wie verlautet, ist der bisherige Oberarzt der Anstalten der allgemeinen Fürsorge in Riga, Dr. N. Krusenstern, zum Medicinalinspector des livländischen Gouvernements ernannt worden.

— Verstorben: 1) Am 24. Mai in Pleskau der Oberarzt des dortigen Gouvernements-Landschaftshospitals Dr. Stolbuschinski, am Flecktyphus, mit dem er sich bei der Ausübung seines Berufes inficirt hatte. Der Hingeschiedene zeichnete sich aus durch Liebenswürdigkeit gegen Jedermann und durch Gewissenhaftigkeit in der Ausübung seines ärztlichen Berufes sowie in der Verwaltung der vielen Ehrenposten, zu denen ihn das Vertrauen seiner Mitbürger berufen, gehörte daher zu den gesuchtesten Aerzten der Stadt und genoss die volle Hochachtung Aller, ohne Unterschied des Standes und der Nationalität. St. war in der letzten Zeit auch Vicepräsident der Gesellschaft Pleskauscher Aerzte. 2) Am 10. Mai der Arzt des Karamsinschen Landschaftshospitals im Gouv. Nishni-Nowgorod, Nikolai Lawrow, im 34. Lebensjahre am Flecktyphus. Der Verstorbene hatte seine medicinische Ausbildung in Moskau erhalten, wo er i. J. 1881 den Arztgrad erlangte. Obschon L. erst kurze Zeit in dem obenerwähnten Hospital thätig war, so hatte er sich doch schon allgemeine Liebe und Achtung dort erworben. 3) In London am 22. Mai n. St. der Professor der Chirurgie, Dr. Marcus Beck, im 50. Lebensjahre an der Influenza.

— Am 14. Mai beging der auch als medicinischer Schriftsteller bekannte Arzt Dr. Demetrius Achscharumow in Riga seinen 70. Geburtstag, an welchem ihm von Seiten der Collegen und Verehrer zahlreiche Ovationen zu Theil wurden. Aus Poltawa, wo der Jubilar früher Gouvernements-Medicinalinspector war, wurde ihm eine Adresse von der Gesellschaft der dortigen Aerzte, als deren Präsident er einige Zeit fungirt hat, übersandt.

— Vor Kurzem feierte der hiesige Arzt, Dr. A. P. Aristow das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit.

— Wie wir erfahren, ist der verdiente Präsident der St. Petersburger städtischen Sanitätscommission wirkl. Staatsrath Shukowski, wegen zerrütteter Gesundheit von diesem Amte zurückgetreten.

— Prof. Brieger, welcher die Krankenabtheilung im Koch-schen Institut für Infectionskrankheiten in Berlin seit dessen Begründung i. J. 1891 leitet, beabsichtigt diese Stellung aufzugeben.

— Im Institut für Infectionskrankheiten in Berlin werden von Mitte Juni d. J. ab unentgeltliche Vorlesungen für praktische Aerzte über Cholera abgehalten werden. Jeder Cyclus dieser Vorlesungen ist auf eine Woche und auf 2 Stunden täglich berechnet. Es können dazu etwa 50 Zuhörer zugelassen werden. (Allg. med. C.-Ztg.)

— Der nächste Congress russischer Naturforscher und Aerzte soll vom 3.—11. Januar 1894 in Moskau stattfinden.

— Wir machen darauf aufmerksam, dass der Termin für die Anmeldungen von Vorträgen und Mittheilungen auf dem bevorstehenden XI. internationalen med. Congress in Rom am 30. Juni n. St. abläuft. Später angemeldete Vorträge werden wohl nur ausnahmsweise Berücksichtigung finden, da bereits 259 Anmeldungen von Vorträgen bis zum 15. Mai eingelaufen waren.

— Die Stadt Astrachan hat für die Bekämpfung der Choleraepidemie im vorigen Jahre 142,000 Rbl. ausgegeben. In dieser Summe sind die 33,000 Rbl. einbegriffen, welche die Stadt für den Unterhalt der Truppen, die zur Unterdrückung und Verhütung der Choleraunruhen hingeschickt wurden, verausgabt hat.

— Die 6 fliegenden Colonnen, welche von dem Blinden-Curatorium der Kaiserin Maria ausgerüstet sind, um den Augenkranken ärztliche Hilfe zu leisten und der Blindheit vorzubeugen, werden in nächster Zeit sich in verschiedenen Gegenden des russischen Reiches begeben. Zu diesem Zweck begeben sich Dr. Belljarminow in den Sserdobskischen Kreis des Gouvernements Ssaratow, Dr. Mitkiewicz aus Odessa nach Podolien, Dr. Rymscha — in den Nowogrudokschen Kreis des Gouv. Minsk, Dr. Hulanicki — in den Nowosubkowschen Kreis des Gouv. Tschernigow, Dr. Dolganow — in den Ostaschkow'schen Kreis des Gouv. Twer und Dr. Zumft in den Ponewesh'schen Kreis des Gouvernem. Kowno.

— In Moskau wird in nächster Zeit bei der Klinik auf dem Jungfernfelde der Grundstein zum Gebäude für das gynäkologische Institut gelegt werden, welches auf Kosten des erbl. Ehrenbürgers Schelaputin erbaut wird. Dasselbe wird ausser den Salen für 20 Kranke auch ein Auditorium enthalten und mit allen Vorrichtungen für Elektro- und Hydrotherapie versehen werden. In dem Institut soll den Landschafts- und Provinz-Aerzten die Möglichkeit geboten werden, die Gynäkologie gründlich zu studiren. Die Leitung des Instituts übernimmt Prof. Ssnigirew.

— Der Präsident des Charkowschen Kreis-Landschaftsamtes gab vor Kurzem den aus dem Dienst der Landschaft austretenden Aerzten J. M. Kurnossow, D. Michailow, E. Faist und G. Tschekalow ein Abschiedsdiner, an welchem die Mitglieder des Landschaftsamtes, mehrere Landschaftsdeputirte und das Stadthaupt von Charkow theilnahmen. (Jushni-Krai-Wr.)

— Mit welchen Vorgesetzten die Landschaftsärzte es manchmal zu thun haben, zeigt nachstehender Fall, den das Blatt

«Земскій Врачъ» mittheilt. Der Präsident des Kobeljaki'schen Kreis-Landschaftsamtes (Gouv. Poltawa) W. W. Hahn ist ein enragirter Anhänger der Homöopathie und agitirt daher eifrig für die Einführung derselben in der Landschaft. Vor Kurzem hat er verschiedenen Gouvernements- und Kreis-Deputirten der Landschaft in einem eleganten Futteral die Brochüre des hiesigen Homöopathen Dr. Brasol gegen die Impfung, 5—6 andere Brochüren von Homöopathen, die Januar-Nummer der Zeitschrift «Врачъ Гомеопатъ» (Der homöopathische Arzt) und den Preiscourant der homöopathischen Apotheke von Flemming in St. Petersburg zugesandt. Jeder Sendung war ein Circularschreiben des Herrn Hahn beigelegt, in welchem er die Frage der Verbesserung und bedeutenden Verbilligung der Landschaftsmedicin zu berücksichtigen bittet. Eine solche Verbilligung könne ja durch die Einführung der Homöopathie leicht erreicht werden. Zum Leidwesen Herrn Hahn's hat aber sein Versuch, die Homöopathie in der Landschaft zur Geltung zu bringen, Fiasco erlitten. Einige von den Landschaftsdeputirten haben ihm die Futterale mit dem Inhalt zurückgeschickt, andere aber, die sich früher gleichgültig gegen die von den Homöopathen begonnene Polemik verhielten, haben jetzt, nachdem sie die von Hahn übersandten Brochüren gelesen, «die ganze Lächerlichkeit dieser Polemik begriffen.»

— Wie Moskauer Blätter berichten, wird der nächste Congress russischer Naturforscher und Aerzte in der Woche vom 3—11. Januar 1894 in Moskau stattfinden.

— Wie verlautet, wird beabsichtigt dem grossen Chirurgen Pirogow in Moskau ein Denkmal bei den Universitätskliniken auf dem Jungfernfelde zu errichten.

— Der Professor der Geburtshilfe an der Moskauer Universität, Dr. A. M. Makejew, hat 200,000 R. zum Bau einer Kirche bei den Moskauer Universitätskliniken gespendet.

— Der vor Kurzem verstorbene ärztliche Director des städtischen Krankenhauses Moabit in Berlin, Dr. P. Guttmann, hat ausser anderen Legaten, auch dem Krankenhause Moabit 10,000 Mark vermacht, deren Zinsen zur Unterstützung solcher Kranken, die aus dem Krankenhause hülfsbedürftig entlassen werden, dienen sollen.

— An den 7 medicinischen Facultäten Frankreichs studiren gegenwärtig 129 Frauen. Von diesen sind die meisten Russinen, nämlich 95, es folgen dann die Französinnen mit 22 Vertreterinnen; ausserdem studiren noch 4 Rumäninnen, 2 Engländerinnen, 2 Serbinnen, 2 Bulgarinnen, 1 Türkin und 1 Deutsche in Frankreich Medicin. (Progres méd.).

— Die französische Gesellschaft zur Erforschung der Tuberculose (Präsident Prof. Verneueil) giebt unter dem Titel «Revue de la Tuberculose» eine Zeitschrift heraus, von der alle 3 Monate ein c. 100 Seiten starkes Bändchen erscheint. Der dritte Congress der Gesellschaft findet in Paris vom 27. Juli bis zum 2. August a. c. statt.

— (VIII. internationaler Congress für Hygiene und Demographie im Jahre 1894 in Budapest.) Herr Josef Körösi, Director des statistischen Bureaus der Stadt Budapest hat einen Preis von 1500 Francs gestiftet, welcher dem besten Werke über die Aufgaben und die Fortschritte der Demographie zuerkannt werden soll. Die Arbeit soll die wissenschaftliche Aufgabe der Demographie bestimmen, eine kritische Behandlung der diesbezüglich bestehenden Ansichten, sowie jener wichtigsten demographischen Erhebungen bieten, welche im Laufe der letzten fünfzig Jahre in den Hauptstädten Europas und in den vereinigten Staaten von Amerika veröffentlicht wurden. Der Autor hätte demnach namentlich die Entwickelung des Zählungswesens, der Natalitäts- und Mortalitätsstatistik in's Auge zu fassen und hiebei zu berücksichtigen, wo, wann und durch welche Personen diese Zweige der Demographie Förderung gefunden.

Die eingesendeten Arbeiten können in deutscher, englischer, französischer oder italienischer Sprache abgefasst sein und sind anonym bis 1. März 1894 an Herrn Körösi (Budapest) einzusenden. Der Name des Autors ist in einem versiegelten Umschlage beizulegen. Zur Prüfung der Concurrenzarbeiten haben sich nachfolgende Herren bereit erklärt: Dr. Jaques Bertillon Director des statistischen Bureaus (Paris), Luigi Bodio, Generalsecretär des internationalen statistischen Instituts, Generaldirector der italienischen Statistik (Rom). Dr. V. v. John, Universitätsprofessor (Innsbruck), Josef Körösi, Director des communal-statistischen Bureau's (Budapest), Dr. Dr. W. Lexis, Vicepräsident des internationalen statistischen Instituts, Universitätsprofessor (Göttingen), Dr. W. Ogle vom Registran General of births, deaths and marriage (London).

Die Zuertheilung des Preises erfolgt in der Eröffnungssitzung des Budapester Congresses.

— Aus dem Bericht des Dr. Nedswezki, welcher in den «Protokollen der Omskischen medicinischen Gesellschaft» abgedruckt ist, geht unter Anderen hervor, dass in der 8 Wochen dauernden Choleraepidemie in Barnaul (vom 1. Aug. bis 25. Sept.) das Maximum der Erkrankten (40) und das Maximum der Verstorbenen (37) auf den 15. August entfiel, d. h. auf den Tag, an welchem nach zweiwöchentlichem Fasten wieder alle Speisen genossen werden konnten. Diese Erscheinung ist, wie Verf. mit Recht meint, kein zufälliges Zusammentreffen, sondern wieder ein Beweis für den schon oft beobachteten Einfluss der Unmässigkeit im Essen und Trinken an Feiertagen und des schroffen Ueberganges von einer Nahrung zur anderen. (Wr.)

— Ueber den Gang der Cholera in Russland bringt das neueste Bulletin des Medicinaldepartements Nachrichten aus 4 Gouvernements. Es sind im Gouv. Ssaratow vom 16—22. Mai 3 Erkrankungen und 2 Todesfälle, im Gouv. Tobolsk vom 9—13. Mai je 2 Erkrankungen und Todesfälle, im Gouv. Ssimbirsk vom 16 22. Mai 1 Erkrankung und im Gouv. Wjatka am 20. Mai eine Erkrankung und 1 Todesfall vorgekommen.

In Frankreich macht die Cholera weitere Fortschritte.

Die Influenza weist bei uns noch keinen Nachlass auf. Auf der Insel Sachalin ist sie neuerdings, wie der dortige Gouverneur telegraphisch mittheilt, unter dem Dienstpersonal und den Deportirten in heftigem Grade aufgetreten.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 29. Mai d. J. 6151 (63 weniger als in der Vorw.), darunter 141 Typhus — (24 weniger), 547 Syphilis — (16 mehr), 57 Scharlach — (9 weniger) 8 Diphtherie — (4 weniger) 14 Masern — (1 mehr) und 36 Pockenkranke — (6 mehr als in der Vorw.).

Vacanzen.

1) Im Kreise Atkarsk (Gouv. Ssaratow) sind drei Landschaftsarztstellen vacant. Gehalt 1200 Rbl. jährlich. Adresse: «Аткарская Земская Управа».

2) Es wird ein erfahrener Oculist zur Leitung einer Augenheilanstalt gesucht. Nähere Auskünfte ertheilt Wladimir Platonowitsch Rubaschkin in Nowotscherkask.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 23. bis 29. Mai 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
305	259	564	110	61	62	11	11	19	54	61	34	39	41	39	20	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 10, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 3, Scharlach 13, Diphtherie 8, Croup 0, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 42, Erysipelas 1. Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 90, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 28, Krankheiten des Verdauungscanals 51, Todtgeborene 31.

Дозв. ценз. Спб. 4 Іюня 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

Dr. Albert Rosenau (L R C P Lond.), früher Volontärassistent d. k. Frauenklinik München, praktiz. in seiner Heimathstadt **Bad Kissingen.** (Wohnung Hôtel Victoria) Behandlung von geeigneten gynäk. Fällen durch Massage n. Thure Brandt u. Elektrotherapie n. Apostoli. (77) 6—3

OSTSEEBAD WARNEMÜNDE

Ab **Berlin** 4½ Std., 45täg. **Saisonkarten. Frequenz** 1891—8641, 1892—9385 Prospect d. d. **Badeverwaltung.**

Wasserheilanstalt in Reichenau

(Niederoesterreich)

„RUDOLFSBAD"

an der Südbahnstation Payerbach, 2 Stund. per Südbahn von Wien entfernt. Herrlich von allen Seiten geschützte Lage, in einem der schönsten Alpenthäler Niederösterreichs(476 Meter über d. Meere). Ausgezeichnete Verpflegung und sehr comfortable Unterkunft bilden die anerkannten Vorzüge der seit 28 Jahren bestehenden Anstalt, in welcher auch Kranke, die nur einer klimatischen Kur bedürfen, Aufnahme finden.

Beginn der Saison am 1. Mai

(bis halben Juni und im September bedeutende Ermässigung für Kost und Logis), für Wasserkuren, Electricität und Massage, Oertel'sche Kur gegen Fettleibigkeit, Fettherz und Herzschwäche. Eröffnung der Trinkhalle für Molke, Milch und alle Sorten frisch gefüllter Mineralwässer am 15. Mai und des Voll- und Schwimmbades (15—18°R. und 730 Quadratmeter Spiegelfläche) am 1. Juni. Täglich Promenaden-Concert. Directe Telephonverbindung mit Wien. Prospecte werden durch die Kur-Inspection auf Verlangen gratis zugesandt. Nähere Auskünfte ertheilen: **Dr. Ludwig Thomas**, Curarzt. **J. M. Waissnix Erben**, Eigenthümer. (80) 3—2

НАТУРАЛЬНАЯ УГЛЕКИСЛО-ЩЕЛОЧНАЯ БОРЖОМЪ ВОДА

Kaukasischer VICHY

nicht allein für medicinische Zwecke verwendbar, sondern auch sehr nützlich als gutes Getränk bei Speisen.

Zu haben in den Apotheken und den Droguen-Geschäften. **Central-lager in St. Petersburg** bei der **Neu-Nadeshdinskaja Apotheke Nadeshdinskaja Strasse 24.**

Preis für eine 1/1 Flasche 40 C.
» » » 1/2 » 25 »

Zu haben auch in den grösseren Restaurants und Colonialhandlungen. Direction M. Borshom im Gouv. Tiflis. (78) 3—3

K. K. ALLERHÖCHSTE ANERKENNUNG.

Goldene Medaille: Paris, Amsterdam, Barcelóna.

CURORT GLEICHENBERG

Seehöhe 290 Meter. — Beginn der Saison 1. Mai.

Alkalisch-muriatische Eisensäuerlinge, Fichtennadel-Medicinal- und Quellsool-Zerstäubungs-Inhalationen, pneumatische Kammer, Respirations-Apparat, kohlensaure Bäder. Hydropatische Anstalt, Ziegenmolke, Kefir, kuhwarme Milch. Prospecte versendet gratis und franco die Direction in Gleichenberg.

Ehrendiplom: Graz, Triest. (67) 3—2

---

*Verlag von **Richard Schoetz** in **Berlin NW.**, Luisenstr. No. 36.*

Soeben erschien:

Der Cholerakurs

im

Kaiserlichen Gesundheitsamte.

Vorträge und bakteriologisches Praktikum

gehalten

von

Dr. med. R. J. Petri,

Regierungsrath, ordentliches Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamtes und Vorstand der bakteriologischen Abtheilung des Laboratoriums desselben.

Mit zwei in den Text gedruckten Abbildungen und vier Mikrophotogrammen.

1. Bakteriologischer Theil. Anleitung in der Methodik und Technik für die bakteriologische Diagnose der Cholera.

2. Epidemiologischer Theil. Aetiologie und Epidemiologie der Cholera, sowie die Massnahmen zur Bekämpfung der Seuche.

Preis: Broch. M. 8.—, Geb. M. 9.—.

Der Autor dieses soeben erschienenen Buches, welches angesichts der den deutschen Bundesstaaten von verschiedenen Seiten her drohenden Choleragefahr **für jeden Arzt von grösster Wichtigkeit** sein dürfte, ist mit den zu Folge Erlass des Herrn Reichskanzlers im Kaiserlichen Gesundheitsamte stattfindenden Unterrichtskursen für die bakteriologische Erkennung der Cholera und über die Epidemiologie der Seuche beauftragt.

Da sich an diesen Kursen nur eine beschränkte Zahl von Aerzten betheiligen kann, hat sich Herr Regierungsrath Dr. Petri entschlossen, seine Vorträge im Druck erscheinen zu lassen, um dieselben so allen Aerzten zugänglich zu machen.

Das Werk enthält alles für die Bekämpfung der Cholera dem **praktischen Arzte** Wissenswerthe.

Der **bakteriologische Theil** ist in 12 Tagewerke abgetheilt, welche in systematischem Aufbau die zur bakteriologischen Diagnose der Cholera nöthigen Anweisungen geben. Alles für diesen Zweck nicht unbedingt nöthige ist bei Seite gelassen, die für die Choleradiagnose erforderliche Methodik und Technik aber in der Ausführlichkeit und Vollständigkeit gegeben, welche dem derzeitigen Stande der Bakteriologie entspricht.

Der **epidemiologische Theil** giebt in 8 Vorträgen einen umfassenden Ueberblick über die Aetiologie und Epidemiologie der Cholera unter Berücksichtigung der Geschichte sowohl der diesbezüglichen wissenschaftlichen Forschungen, als auch der Cholera-Pandemieen selbst. Die aus beiden Quellen geschöpften, insbesondere auch die bei der jüngsten Epidemie gesammelten, reichen Erfahrungen finden gebührende Berücksichtigung und es werden alle die Massnahmen besprochen, welche zur Bekämpfung der Seuche sowohl für die Einzelnen als auch für die Gemeinwesen (Ortschaften, Staaten etc.) von Werth sind. Ein Anhang enthält die zum Theil auf amtlichem Wege veröffentlichten, dem gleichen Zwecke dienenden Anweisungen.

Die Zusendung erfolgt von der unterzeichneten Buchhandlung franco, wenn der Betrag franco eingesandt wird.

Berlin NW., Luisenstrasse No. 36.

Buchhandlung für Medicin u. Naturwissenschaften von Richard Schoetz.

(86) 2—1

Dr. Ignaz Fränkl

promovirt an der Universit. Wien und Dorpat ordinirt während der Saison in **Carlsbad Alte Wiese «Polarstern»** neben Pupp, empfiehlt sich bestens den hochgeehrten Collegen. (79) 4—2

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Fr. **Amalie Schulze**, Офицерская 55/17, кв. 93.

Frau **A. Wiander**, Вас. Остр. 7 л. д. 6, кв. 6.

Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 24 St. Petersburg, 12. (24.) Juni **1893**

Ein Fall von Septico-Pyämie mit Ausgang in Genesung.

Casuistische Mittheilung

von

Dr. med. H. Pander.

(Riga).

Am 17. December wurde in die hiesige Marien-Diakonissen-Anstalt ein Patient mit den Symptomen einer Septico-Pyämie aufgenommen. Die Krankengeschichte dieses Falles bietet einiges Interessante, so dass mir eine Veröffentlichung derselben nicht überflüssig erscheint.

Anamnese: E. B., Friseur, 32 Jahre alt, ledig, aus gesunder Familie, als Kind Scarlatina und Morbilli. Mit 20 Jahren Ulcus molle, Bubo inguinalis links (Incision). Seit dem 18. Jahre mehrere Mal Gonorrhoe und «geschwollene Hoden» gehabt, in den letzten Jahren angeblich keine Gonorrhoe, dagegen allmähliche Entwicklung von Stricturerscheinungen, der Harnstrahl wurde immer dünner. Seit 1½ Jahren ist der Harn dazwischen einige Tage hindurch übelriechend. Vor etwa 2½ Wochen Beginn einer Sondenkur mit Dittel'schen Sonden. Im Ganzen 10 Sitzungen, von Nr. 16 bis 35. Bei den ersten Sitzungen Blutung mit nachfolgendem Fieber, nach einigen weiteren Sitzungen heftiger Schüttelfrost. Patient glaubt die Influenza zu haben, bleibt ein paar Tage zu Hause. Nachlass des Fiebers, wieder Sondirungen, worauf sich wieder Schüttelfröste einstellen, besonders stark am vorletzten und letzten Tage vor der Aufnahme. In den letzten Tagen auch Husten. Von einem Collegen, der Patienten in die Anstalt schickte, wurde neben dem hohen Fieber Rasseln an einer Lunge constatirt und eine Influenzapneumonie vermuthet.

Status praesens: Kräftig gebauter, mittelgrosser Mann. Von pathologischen Erscheinungen ist nachweisbar: hohes Fieber (40,2) mit verhältnissmässig geringen Allgemeinerscheinungen, Sensorium frei, mässige Pulsbeschleunigung (ca. 100), dabei gutes Allgemeinbefinden, Milz vergrössert; an den Lungen war am Tage der Aufnahme weder Dämpfung noch Rasseln nachweisbar; ebenso an den übrigen inneren Organen und der Körperoberfläche nichts Abnormes. Harn leicht getrübt, schwach sauer, ohne Albumin, enthält einige sog. Tripperfäden.

In der nun folgenden Zeit entwickelte sich ein Krankheitsverlauf, welcher durch etwa 2½ Monate ziemlich gleichförmig blieb, trotzdem aber wegen der Eigenthümlichkeit der Erscheinungen die Aufmerksamkeit der Beobachter fortwährend fesselte.

In erster Reihe kommen hierbei in Betracht die Temperaturverhältnisse und die Veränderungen am uropoetischen System; ferner betheiligten sich am Krankheitsprocess: Lungen, Herz, Milz und Venensystem. Durch die Mitbetheiligung so vieler Organe wurde anfangs die Diagnose betreffs Feststellung des primären Krankheitsheerdes einigermaassen erschwert, resp. unmöglich gemacht. Erst allmählich klärten sich die Verhältnisse, soweit es für die Diagnose und Therapie wünschenswerth war, und lassen sich eigentlich erst a posteriori, mit genauer Berücksichtigung der Anamnese, des Verlaufs und Ausganges, die hier sich abspielenden Processe wie folgt formuliren: An eine Urethritis gonorrhoica mit secundären Stricturerscheinungen hat sich ein ascendirender Katarrh der Harnwege angeschlossen. Seit 1½ Jahren ist der Harn, wie bereits erwähnt, dazwischen übelriechend. Sondirungen mit Schleimhautverletzung (Blutung) brauchten also nicht einmal mit unreinen Instrumenten vorgenommen zu sein, um eine septische Infection des urethralen resp. periurethralen Gewebes zur Folge zu haben. Der Harn enthielt eben selbst schon genügendes inficirendes Material dazu.

Es scheint mir wohl ausser Zweifel, dass in diesem Falle als Ursache, zum mindesten als Gelegenheitsursache des ganzen septico-pyämischen Processes anzusehen sind die unter genannten Verhältnissen contraindicirten forcirten Urethralsondirungen.

Die erste Folge war eine Infection der Lymph- und Blutbahnen des Beckens, die ihren Ausdruck fand in einer Phlebitis mit Thrombosirung in den linksseitigen Beckenvenen, Stauungsoedemen an der linken unteren Extremität, später auch an der rechten, aber in geringerem Grade, ferner Embolien im kleinen Kreislauf, Lungeninfarcte mit circumscripten pneumonischen Processen.

Als eine weitere Folge der Sondirungen trat eine acute Exacerbation des ascendirenden Schleimhautkatarrhs

an den Harnwegen auf, bis zu den Erscheinungen einer purulent-hämorrhagischen Pyelo-Nephritis. Die Allgemeinerscheinungen, welche das Bild vervollständigten, waren die einer Septico-Pyämie: hohes Fieber, anfangs continuirlich mit leicht remittirendem Charakter, später intermittirend in Form von Fieberparoxysmen, durch Schüttelfröste eingeleitet; Milzschwellung, Myodegeneratio cordis etc.

Zur Illustration dieses Krankheitsverlaufes mögen folgende dem Krankenbogen entnommene Notizen dienen:

In Betreff des Fiebers ist der beigegebenen Temperaturcurve wenig hinzuzufügen. Der später typisch intermittirende Charakter des Fiebers mit Milzvergrösserung veranlasste auch an Malaria, eventuell als Complication, zu denken. Chinin, mehrere Tage hindurch zu 0,6 2 bis 3 mal täglich gegeben, etwas später noch 4 Gaben à 1,0 pro die, zeigte keinen Einfluss auf die Temperatur (im Ganzen 14,0 Chinin bekommen). Das symptomatisch gegen das Fieber angewandte Antipyrin in Gaben à 1,0 im Ganzen 17,0) bewährte sich ebensowenig wie Chinin. Hervorzuheben sind noch mit Rücksicht auf den günstigen Ausgang die mehrfach constatirten extremen Temperaturen, sowohl was Höhe, als Tiefe derselben anbetrifft: 5 mal ist unter 35,5 gemessen worden, darunter einmal 34,9. 12 mal ist die Temperatur von 41° überschritten worden und zwar 1 mal mit 41,9, 1 mal mit 42,0 und 1 mal sogar mit 42,7. Bei dem Anfall mit letztgenannter Temperatur hatte ich Gelegenheit Augenzeuge zu sein; das Sensorium war benommen, leichtes Phantasiren, geringe körperliche Unruhe, stierer Blick, Extremitäten kühl, zu schlucken ist Pat. nicht im Stande. Puls sehr frequent 180—200, ungleichmässig und unregelmässig, klein, flatterhaft, dazwischen über 200 bis zur Unzählbarkeit, dazwischen überhaupt kaum fühlbar. Patient machte den Eindruck eines apathischen Moribunden, und da der Zustand im Laufe der ersten 10—15 Minuten meiner Beobachtung sich zusehends verschlimmerte, hielt ich den letalen Ausgang für unabwendbar. Trotzdem glaubte ich so vorgehen zu müssen, als ob die Herzschwäche doch noch zu heben sei, zumal mir bekannt war, dass auch die früheren Temperatursteigerungen nicht von langer Dauer waren, und es daher galt, dem Pat. über diese kurze gefährliche Periode hinwegzuhelfen. Auf die Herzgegend und den Kopf liess ich je einen Eisbeutel appliciren, in der Absicht das Herz und Gehirn gegen die lähmende Wirkung der hohen Bluttemperatur zu schützen, heisse Flaschen an die kalten Extremitäten, gleichzeitig wurde ausgiebig Aether und Campheröl subcutan injicirt, als Pat. nach c. 30 Minuten etwas schlucken konnte, bekam er heissen Wein per os. Allmählich besserte sich der Puls, war in ca. 1 Stunde wieder auf 150 heruntergegangen und von etwas besserer Qualität. Das Bewusstsein war so weit zurückgekehrt, dass er einige Fragen beantworten konnte; am nächsten Tage konnte er sich dieses ganzen Vorgangs, sowie meines Dabeiseins nicht erinnern.

Die Veränderungen, welche sich am uropoetischen System abspielten, lassen sich für den ganzen Krankheitsverlauf etwa folgendermaassen zusammenfassen. Eitriger Ausfluss aus der Urethra war nicht vorhanden, nur über «Verklebung des Morgens» wurde geklagt, im Harn Tripperfäden, keine Druckempfindlichkeit im Verlauf der Urethra auch nicht im hinteren Theil, an der Prostata und deren Umgebung palpatorisch nichts Abnormes nachweisbar. Trotzdem trat Ende December unter ziemlich heftigen Schmerzen eine ödematöse Schwellung des ganzen linken Beines auf, welche kaum anders zu deuten war, denn als Folgeerscheinung von Venenthrombosen im Becken, im Anschluss an entzündliche Processe daselbst. Unter Hochlagerung und später leichter Massage ging die Schwellung in einigen Wochen zurück.

In der Gegend des Lig. Poupartii war nichts von Thrombose zu fühlen, auch Druck daselbst nicht schmerzhaft. es muss also der Process tiefer im Becken gesessen haben. Nachdem links die Oedeme geschwunden, traten solche, aber leichteren Grades, am rechten Bein auf und gingen schneller vorüber. Anfang März gelang es mir, nachdem für reichliche Darmentleerung gesorgt war, links von der Regio prostatica einen quer verlaufenden, zur seitlichen Beckenwand hinziehenden, druckempfindlichen Strang zu fühlen, den ich als Residuum vorausgegangener Entzündung daselbst ansprechen zu müssen meinte. Dass die Restitutio in integrum damals und auch später nicht eingetreten war, dafür spricht auch das spätere Schwellen des linken Beines, im August 1892, also etwa 8 Monate nach Beginn der Krankheit, nachdem Patient bereits als genesen seinen Beruf wieder aufgenommen hatte. Das rechte Bein blieb zur selben Zeit von Oedemen verschont. Von Seiten der Harnblase waren keine klinischen direct auf Cystitis hinweisenden Symptome vorhanden, nur die mikroskopische Untersuchung des Harnsedimentes durch Herrn Dr. Krannhals erwies eine Betheiligung derselben am Krankheitsprocess und wäre es auch höchst sonderbar, wenn dieselbe bei einem sog. ascendirenden Katarrh übersprungen worden wäre. Wie weit die Ureteren erkrankt waren, lässt sich in diesem Falle nicht beurtheilen. Wesentlich betheiligt waren dagegen, und bildeten wahrscheinlich den Hauptkrankheitsherd, die Nierenbecken; in geringem Grade und nur vorübergehend waren die Nieren ergriffen.

Zur besseren Beurtheilung dieser Verhältnisse erscheint es mir zweckmässig, über das Verhalten des Harns während der Krankheit die betreffenden Notizen hier einzufügen. Der Harn war in den ersten 2 Wochen sauer und enthielt kein Albumin, in den nächsten Wochen ist er öfters vorübergehend für einpaar Tage übelriechend, alkalisch, dann wieder sauer.

Das anfangs aus Eiterfäden und wenig freiem Eiter bestehende Sediment wird allmählich reichlicher, schleimig eitrig, hämorrhagisch, trotzdem ist die Reaction noch längere Zeit hindurch vorwiegend sauer, z. B. Mitte Febr., während Ende Februar, Anfang März der Harn bereits anhaltend alkalisch und übelriechend ist. Eine Harnuntersuchung durch Herrn Dr. H. Krannhals am 12. Februar ergab folgenden Befund:

«Harn rothgelb, trüb. Reaction sauer. Spec. Gew. 1025. Enthält mittlere Mengen Albumin, keinen Zucker. Enthält Blutfarbstoff.

Im Sediment (Filtrirrückstand): rothe Blutkörperchen, Eiterkörperchen, reichlich Blasenepithel, namentlich auch aus den tieferen Schichten, häufig in grossen zusammenhängenden Haufen. Detrituskörnchen und fragliche Mikrokokken in lebhaft oscillirender Bewegung; sehr spärlich hyaline und körnchenbedeckte Harncylinder. Epithel aus den Sammelröhren der Niere, vereinzelt degenerirtes cubisches Nierenepithel. Bakteriologische Untersuchung an Trockenpräparaten ergiebt: 1) keine Tuberkelbacillen 2) in nach der Gram'schen Methode gefärbten Präparaten finden sich Diplokokken von der Grösse des Streptokokkus pyogenes, zuweilen auch in kleinen Reihen, ferner Uranokokken kleinen Kalibers, zuweilen in kleinen Häufchen zusammenliegend (Staphylokokkus pyogenes?), endlich kurze kleine Stäbchen, meist in kleinen Haufen zusammenliegend. 3) In einfach mit Anilinwasser — Gentiaaviolett gefärbten Präparaten fanden sich ausser den genannten Mikroorganismen noch ziemlich dicke Stäbchen mit abgerundeten Enden, die sich also offenbar nach Gram nicht färbten».

Nachher wurde der Harn, wie gesagt, sehr bald übelriechend und alkalisch. Anfang März war er constant hämorrhagisch, besonders zur Zeit der Fieberanfälle, dazwischen liess der Blutgehalt etwas nach, war aber immer noch makroskopisch deutlich erkennbar, das Sediment bildete bei etwa 2 Handbreit hoher Urinsäule eine c. 1—1½ Fingerbreit hohe Schicht am Boden des Glases. Der filtrirte Harn enthielt geringe Mengen Albumin. — Trotz dieser auffallenden Veränderung des Harns, wie sie

nur bei hochgradigen Katarrhen, eventuell bei Ulcerationen in den Harnwegen vorkommt, waren so gut wie gar keine Blasenbeschwerden vorhanden, weder Schmerzen in der Blasengegend noch merklich kürzere Pausen zwischen den Harnentleerungen, letztere ganz ohne Schmerzen resp. Drängen. Das Blut war innig mit dem Harn gemischt und folgte nicht, wie häufig bei Blasenblutungen, am Schlusse der Harnentleerung in Form von geringen Mengen reinen flüssigen Blutes; wohl aber waren Schmerzen in der Nierengegend, besonders rechts vorhanden, sowohl auf directen Druck auf diese Gegend, als auch spontan in Form von Neuralgien in den unteren Thoraxabschnitten; auch links waren dazwischen Schmerzen, doch liessen sich diese wegen der linksseitigen Lungenaffection mit eventueller Betheiligung der Pleura weniger für die Niere resp. das Nierenbecken verwerthen. Bei einer solchen Beschaffenheit des Harns bestand therapeutisch die Indication, den Harn von seinen septischen Eigenschaften zu befreien und, um ein neuerliches Auftreten derselben zu verhüten, ihn sauer zu machen und sauer zu erhalten. Es gelang diesen beiden Indicationen zu genügen durch innerliche Verabfolgung geeigneter Antiseptica und Acida wie Salol, Acid. muriatic., Acid. benzoic., später Trinken von Georg-Victorquelle etc. und durch Regulirung der Abdominalcirculation vermittelst leichter Abführmittel und Priessnitz'scher Umschläge. (Der Stuhl war in der letzten Zeit retardirt gewesen, der Leib etwas aufgetrieben und gespannt). Der Harn wurde nun allmählig weniger übelriechend, das Sediment wurde geringer, die Blutbeimischung schwand. Am 13. März, also ca. 10 Tage nach Beginn dieser Medikation, war der Harn kaum trübe, hellgelb, nicht mehr übelriechend, sauer reagirend (was er auch fortan blieb), enthielt etwas Albumin, am Boden des Glases einige Eiterfäden. Der Harn hatte sich somit in kurzer Zeit auffallend gebessert; was aber noch auffallender war: die Fieberanfälle erfolgten in dieser Zeit nur noch 4 mal, der letzte Anfall war am 9. März mit einer Temperatur von 39,9. Nachher ist kein derartiger Fieberanfall mehr erfolgt.

Von sonstigen therapeutischen Maassnahmen hatte in dieser Zeit nur noch stattgefunden die permanente Application einer Eisblase auf die Herzgegend, obgleich eine Endokarditis wahrscheinlich nicht bestanden hat, weil aber andererseits eine solche nicht mit Sicherheit auszuschliessen war. Darüber weiter unten. Schliesslich geschah dieses auch zum Theil aus prophylaktischen Gründen, um einer Schwächung der Herzmuskulatur resp. deren Ganglien durch eventuell wieder zu erwartende hohe Bluttemperaturen vorzubeugen.

Weitere Untersuchungen des Harns ergaben, dass derselbe bis Ende März noch etwas Albumin erhielt, Mitte April noch kaum nachweisbare Spuren davon, von Anfang Mai an ist der Harn albuminfrei, klar, sauer, bei einer Untersuchung am 11. August 1892 sogar so stark sauer, dass nach kurzem Stehen sich reichlich Harnsäurekrystalle ausscheiden. Seine sog. «Tripperfäden» hat aber Patient bis zuletzt nicht verloren.

An der Hand dieser Harnbefunde und des auffallenden zeitlichen Zusammentreffens der schnellen günstigen Wendung der Krankheit mit der schnellen Besserung des Harns wären nun in diagnostischer Hinsicht die beiden Fragen zu beantworten:

1) Bestand überhaupt ein causales Verhältniss zwischen den Erkrankungen der Harnwege und der Septicopyämie und

2) an welcher Stelle des uropoetischen Systems hatte der Krankheitsherd seinen Sitz?

Was die erste Frage betrifft, so muss jederzeit zugegeben werden, dass eine so hochgradige purulent-hämorrhagische Schleimhautentzündung, wie sie hier vorgelegen hat, mit eventueller Ulceration und temporärer Eiterretention, zu septico-pyämischen Erscheinungen Veranlassung geben kann. Diese Möglichkeit liegt jedenfalls vor und gewinnt um so mehr an Wahrscheinlichkeit, als die anderen Organerkrankungen sich weniger zur Erklärung der betreffenden Krankheitserscheinungen eigneten. Was die zweite Frage betrifft, nach dem Sitz des Krankheitsheerdes, so ist bereits oben erwähnt, dass eine hochgradige, hämorrhagische Cystitis allein in der Regel ein anderes klinisches Bild bietet. So manches lässt sich dagegen für die Erkrankung des Nierenbeckens anführen. Gerade die Betheiligung der Nieren und zwar nur vorübergehend, während der Höhe der Krankheit einsetzend und mit Nachlass derselben auch allmählich verschwindend, dabei eine relativ geringe Betheiligung, da ausser geringem Albumingehalt des Harns und wenig Cylindern, keine anderen nephritischen Erscheinungen vorhanden waren, — gerade diese Art der Erkrankung der Nieren ist dafür zu verwerthen, dass der Krankheitsheerd in der Nähe der Nieren sass, und dass dieselben erst secundär, und eventuell nur partiell in den Entzündungsprocess hineingezogen wurden. Dass der Harn trotz hämorrhagischer Beschaffenheit und reichliche schleimig-eitrigen Sedimentes so lange seine saure Reaction beibehält, dass das Blut gleichmässig dem Harn beigemischt ist, dass kein Urindrang, dass keine Blasentenesmen bestehen, dass in der Blasengegend weder spontan noch auf Druck Schmerzen jemals vorhanden waren, während solche in der Nieren- resp. Nierenbeckengegend wohl bestanden, das Alles würde zu Gunsten einer Pyelitis gegen eine Cystitis anzuführen sein. In dieser Beziehung dürfte auch die schnelle Besserung der Krankheitssymptome in diagnostischer Hinsicht von gewisser Bedeutung sein. Ein Schleimhautkatarrh findet am Nierenbecken weit günstigere Heilungsverhältnisse als in der Harnblase: Während das Nierenbecken fortwährend von frischem, saurem Harn bespült wird, der auch in dem Fall, dass er sofort in Zersetzung geräth, gleich wieder abfliesst, und die krankhaften Schleimhautproducte mit sich weiter befördert, handelt es sich in der Blase doch immer um mehr weniger langes Stagniren des Harns in derselben. Dadurch werden die Fäulnissprocesse in demselben begünstigt, letztere üben wieder ihren ungünstigen Einfluss auf die Schleimhaut, und so besteht ein Circulus vitiosus, der ceteris paribus bei einer Cystitis viel schwerer zu durchbrechen ist, als bei einer Pyelitis. Es ist schwerlich anzunehmen, dass eine so hochgradige Entzündung, wie sie in diesem Falle vorlag, so schnell durch so geringe therapeutische Eingriffe hätte geheilt werden können, wenn dieselbe ihren Sitz lediglich oder hauptsächlich in der Blasenschleimhaut gehabt hätte.

Ich betrachte somit die Frage nach dem Sitz des hauptsächlichen Erkrankungsherdes am uropoetischen System in dem Sinne als erledigt, dass ich ihn in's Nierenbecken verlege. Am Krankheitsprocess betheiligten sich ferner, wie oben erwähnt, noch Lungen, Herz, Milz, Venensystem.

Die Milz war während der ganzen Fieberperiode als vergrössert nachzuweisen, entsprechend ihrem gewöhnlichen Verhalten bei derartigen acuten Infectionskrankheiten. Als Patient nachher gesund wurde, nahm die Milzdämpfung wieder ihre normalen Grenzen an. Das Venensystem betheiligte sich in Form der genannten Beckenvenenphlebitis, von dort wurden offenbar Thromben losgerissen und in die Lungen geschwemmt, woselbst die Erscheinungen von Infarcten und circumscripten pneumonischen Herden, besonders an der linken Lunge nachgewiesen werden konnten. Am 2. Tage nach seiner Aufnahme in's Hospital klagt Patient über Husten. Das Sputum ist hämorrhagisch, braun. LU zwischen der vorderen und hinteren Axillarlinie und etwas nach hinten Knistern, abgeschwächtes Athmen und undeutliche Dämpfung. In den nächsten Tagen entwickeln sich daselbst

die Zeichen der Infiltration in ca. handtellergrosser Ausdehnung. Während des ganzen Krankheitsverlaufes war daselbst ein pneumonischer Herd nachzuweisen, welcher die Erscheinungen einer chronischen circumscripten Pneumonie mit allmählicher Schrumpfung des betreffenden Lungenabschnittes bietet. Das Sputum ist ca. 2 Wochen hindurch noch ziemlich reichlich und blutuntermischt, nimmt aber immer mehr katarrhalische resp. schleimig-eitrige Beschaffenheit an, allmählich wird es dann weniger, bleibt aber in geringem Maasse noch während des ganzen Hospitalaufenthaltes vorhanden. In den ersten Krankheitswochen ist noch an einpaar Stellen der linken Lunge, hinten, in Scapulahöhe, vorübergehend Rasseln und verändertes Respirium aufgetreten und bald geschwunden. In den späteren Wochen und Monaten bot der Lungenbefund bis auf den ersterwähnten Erkrankungsherd normale Verhältnisse. Erst Mitte März, nachdem Pat. schon einige Tage fast fieberfrei gewesen, trat wieder etwas reichlicher geballtes, eitriges, blutuntermischtes Sputum auf. Eine neue Infarctstelle war nicht nachzuweisen, vielleicht stammte es aus einem zerfallenen Theil des alten pneumonischen resp. Infarctherdes. Nach etwa 5—6 Tagen schwand das Blut wieder und das Sputum wurde weniger.

Es erübrigt jetzt noch der Verhältnisse am Herzen Erwähnung zu thun. Von vornherein war die Aufmerksamkeit auch auf dieses Organ gerichtet und wurde nach etwaigen pathologischen Erscheinungen daselbst gefahndet. Lange Zeit hindurch, bis Mitte Februar, also während zweier Monate fast continuirlichen hohen Fiebers waren keine wahrnehmbaren Veränderungen in den Grössenverhältnissen oder den acustischen Erscheinungen aufgetreten. Der Puls war zwischen den Fieberanfällen 80—85, späterhin 90—95, regelmässig, gleichmässig, von guter Qualität. Während des Fiebers wurde er frequenter, stieg in der ersten Zeit auf etwa 100, später auch noch mehr, ja es kam mitunter, wie oben referirt, zu ganz bedenklichen Frequenzsteigerungen, die aber mit Nachlass des Fiebers auch wieder schwanden. Nichtsdestoweniger liess die allmähliche wenn auch geringe zunehmende Beschleunigung des Pulses im fieberfreien Intervall, sowie dessen Beschaffenheit während der Fieberanfälle annehmen, dass die Leistungsfähigkeit des Herzmuskels gelitten habe; am 2. März konnte, nachdem das Herz vielleicht die letzten 10 Tage vorher nicht untersucht worden war, eine deutliche Dilatation und Hypertrophie des linken Ventrikels nachgewiesen werden. Die Herzdämpfung war nach links und unten vergrössert, der Ictus im 6. Intercostalraum, deutlich sichtbar, breit, bis über die Mamillarlinie nach aussen; neben dem ersten Ton ein leises systolisches resp. praesystolisches, etwas rauhes Geräusch hörbar, über der Auscultationsstelle der Pulmonalis ein leises diastolisches Geräusch, sonst an den Gefässtönen nichts Besonderes, ausser einer leichten Spaltung des zweiten Tones, deutlicher über der Pulmonalis als über der Aorta zu hören, keine besonderen Accente. Herzaction regelmässig, gleichmässig, Puls 95. Ausser der vorhin genannten, gegen die Pyelitis eingeschlagenen Therapie wurde noch, wie gesagt, permanent ein Eisbeutel auf die Herzgegend applicirt.

In diese Zeit fällt die schnelle Besserung aller Symptome, und 9 Tage nach Aufnahme des eben beschriebenen Herzbefundes, 2 Tage nach Aufhören der Fieberanfälle war die Herzdämpfung wieder kleiner geworden, kaum noch als vergrössert zu bezeichnen, Ictus im 5. Intercostalraum, intramamillar, an der Herzspitze und über der Pulmonalis noch dasselbe leise Geräusch, aber bereits schwächer, nur bei grosser Aufmerksamkait hörbar. Pulmonalton vielleicht etwas verstärkt. Wahrscheinlich hat es sich um vorübergehende geringe musculäre und relative Klappeninsufficienz gehandelt. Patient erholte sich jetzt allmählich, noch allmählicher aber die Herzthätigkeit. Leider hatte er sich gleich im Beginn der Reconvalescenz, 12 Tage nach dem letzten Fieberanfall eine Trichineninfection durch Genuss infectiöser Wurst zugezogen. Die Erscheinungen waren ganz typische, sodass an der Diagnose nicht gezweifelt werden kann. Herr College Dr. Wolferz stellte ganz unabhängig von mir auch sofort dieselbe Diagnose. Die Temperatur stieg an 5 Tagen über 39,0, der Puls auf 140, der Spitzenstoss war in der Mamillarlinie und zum Theil nach aussen von ihr zu fühlen. Durch energische Laxantien (Senna, Calomel) und nachher innerlichen Resorcingebrauch liess sich die Infection einigermaassen in Schranken halten, in 8 Tagen war Patient wieder fieberfrei und konnte jetzt endgültig eine ungestörte Reconvalescenz beginnen. 2 ganz vorübergehende Temperatursteigerungen von 39,1 und 38,0 sind noch zu verzeichnen gewesen, sonst ist er fieberfrei geblieben.

Am 10. und 28. Mai war der Herzbefund ziemlich normal: Ictus im 5. Intercostalraum, intramamillär bis an die Mamillarlinie, Töne normal, rein. Trotzdem befand sich das Herz noch lange im Zustand grosser Schwäche, sodass Patient seit dem Aufhören der Fieberanfälle noch 2 Monate Zeit brauchte, um sich so weit zu erholen, dass er umhergehen konnte. In diesen 2 Monaten hat er 40 Pfd. an Gewicht zugenommen (von $123^1/_4$ bis $163^1/_2$). Mit gut entwickeltem Panniculus adiposus wurde er am 28. Mai aus der Anstalt entlassen. Die Sommermonate lebte Pat. noch seiner Erholung und hatte während derselben noch 11 Pfd. zugenommen.

Am 11. August 1892 liess sich folgender Stat. praes. aufnehmen: Ansehnlicher Panniculus adiposus, linkes Bein sowohl am Unter- wie Oberschenkel dicker als rechts, auf Fingerdruck über der Tibia bleiben Gruben zurück, linke Wade um 4 Cm. dicker (Umfang) als die rechte. Herzstoss im 5. Intercostalraum, in der Mamillarlinie, helle, reine Töne, keine besonderen Accente. Lungen: LUS Athmen etwas leiser und weicher als rechts; an diesen Stellen sehr deutlich die fortgeleiteten Herztöne zu hören. Von subjectiven Beschwerden: Müdigkeit in den Beinen, besonders beim Treppensteigen, und wieder im linken Bein mehr als im rechten. Dasselbe schwillt auch gegen Abend immer etwas mehr. Durch leichte Massage und Gummistrumpf, den er späterhin trägt, lässt sich das Oedem am Unterschenkel beseitigen. Der Harn war am genannten Untersuchungstage stark sauer, sodass nach 10 Minuten langem Stehen Harnsäurekrystalle sich ausschieden; kein Albumin, einige «Tripperfäden», hauptsächlich aus Eiterkörperchen bestehend. Milzdämpfung nicht vergrössert. Am Abdomen nichts Abnormes constatirt. Pat. hat seine frühere Thätigkeit wieder aufgenommen und fühlt sich wohl und munter. Die einzigen Klagen sind dazwischen etwas Stiche links in der Brust beim tiefen Athmen.

Im Februar 1893 sind wieder die Symptome von Harnröhrenstrictur vorhanden, d. h. dünner Harnstrahl, protrahirte Harnentleerung, sonst sind alle Krankheitsbeschwerden geschwunden, Pat. fühlt sich vollkommen gesund. Im Harn finden sich einzelne Tripperfäden, sonst ist derselbe normal. Herzbefund gleichfalls normal.

Zum Schluss möchte ich noch einmal erwähnen, dass dieser Krankheitsfall während der ersten Zeit der Beobachtung manche Schwierigkeiten inbetreff der Diagnose bot, wegen der Multiplicität der Affectionen, von denen jede einzelne zur Erklärung des ganzen schweren Krankheitsbildes nicht recht genügte und für die alle zusammen eine einheitliche primäre Noxe nicht mit Sicherheit zu constatiren war. Der weitere Verlauf war aber wohl geeignet etwas mehr Klarheit in die Auffassung der vorliegenden Verhältnisse zu bringen.

Am wenigsten wahrscheinlich erscheint mir danach diejenige Auffassung, welche eine primäre Influenzain-

fection annahm und alle anderen Erscheinungen als sog. Nachkrankheiten oder Complicationen derselben auffasste. Ich meine, dass bereits die ersten Fieberattaquen der Ausdruck waren einer septischen Infection, entstanden bei den Urethralsondirungen; dass also Pat. in jener Zeit gar keine Influenza gehabt hat und dementsprechend von Complicationen derselben auch garnicht die Rede sein kann. Streiten lässt sich vielleicht noch darüber, ob eine Endokarditis bestanden hat oder nicht. Vielleicht war eine secundäre Endokarditis leichteren Grades vorübergehend vorhanden, es lässt sich diese Möglichkeit nicht strict in Abrede stellen; andererseits waren aber die Symptome nicht derart, dass man zur Annahme einer Endokarditis gezwungen wurde. Dass jedoch eine Endokarditis im Vordergrunde der Erscheinungen gestanden hätte, dass sie sozusagen die Hauptaffection wäre, von der Schüttelfröste, Fieber etc. erst secundär ausgelöst wurden, dagegen scheinen mir die Reihenfolge, in der die Erscheinungen auftraten, der Verlauf und Ausgang der Krankheit mit aller Bestimmtheit zu sprechen. Ich neige am meisten der Ansicht zu, eine Endokarditis ganz auszuschliessen, wohl aber secundäre myokarditische Processe wesentlich degenerativer Natur anzunehmen.

Für ungezwungen und für die Erklärung der Krankheitserscheinungen in diesem Falle vollkommen ausreichend halte ich nur die eine bereits oben von mir entwickelte Auffassung, welche sich in folgendes kurzes Resumé zusammenfassen lässt: Die Urethralsondirungen veranlassten Verletzungen der Urethra; an diesen Verletzungen fand eine septische Infection statt, sei es durch den septischen Harn oder durch unreine Instrumente. Diese Infection verbreitete sich weiter in's periurethrale Gewebe, andererseits auf die Schleimhaut der Harnwege. Alle anderen Erscheinungen waren secundär.

Wenn dem so ist, dann muss aber auch dieser Fall wiederum als eine Mahnung zur Vorsicht gelten für alle Diejenigen, die sich mit Urethralsondirungen befassen.

Referate.

Wilhelm Fleiner: Ueber die Behandlung von Magengeschwüren und einigen von diesen ausgehenden Reizerscheinungen und Blutungen. (Münchem. medic. Wochenschr. Nr. 18).

Es ist die Idee Kussmaul's mit Hülfe der Magensonde Bismuthum subnitricum dergestalt in den leeren Magen zu bringen, dass dort geschwürige Flächen und andere zu Reizerscheinungen Anlass gebende Krankheitsheerde mit einer Schutzdecke von Wismuth überlagert werden. Fleiner hat nun auf Kussmaul's Rath diese Behandlung folgendermaassen ausgeführt. Früh nüchtern wurde der Magen ausgespült und darauf eine Bismuthsuspension von 10—20 Gramm auf 200 ccm. lauwarmen Wassers eingegossen. Vermöge seiner Schwere fällt das Wismuth aus einer wässerigen Suspension rasch und vollständig aus, desshalb muss der Patient sofort nach dem Eingiessen der Suspension so gelagert werden, dass das Geschwür die tiefste Stelle im Magen einnimmt; sitzt das Geschwür in der pars pylorica, so muss die rechte Seitenlage eingenommen werden, beim Sitz des Geschwürs an der kleinen Curvatur — die Rückenlage, eventuell mit erhöhtem Becken. Schon nach 5—18 Minuten hat sich das Wismuth so vollständig niedergeschlagen, dass man das Suspensionswasser klar ablaufen und den Schlauch aus dem Magen herausnehmen kann. Haben die Patienten eine halbe Stunde die vorgeschriebene Lage eingehalten, so erhalten sie ihr Frühstück. Auf diese Weise behandelte F. viele Patienten, ohne je Vergiftungserscheinungen beobachtet zu haben, obgleich in einzelnen Fällen mehr als 300 Gramm Wismuth zur Verwendung kamen. Die Wirkung dieser Eingiessungen waren eclatant. Patienten mit alten und tiefgreifenden Geschwüren, welche von einfachen Magenausspülungen nur sehr kurzdauernde Linderung hatten, Tags und Nachts von Schmerzen geplagt wurden, blieben schmerzfrei, konnten wieder essen und nahmen rasch an Körpergewicht zu. Auch die motorischen und secretorischen Reizerscheinungen wurden gemildert: an Stelle peristaltischer Unruhe trat eine regelmässige und geordnete auch ausgiebige Peristaltik ein. Die Salzsäureabscheidung bei Geschwüren wurde in einem Falle von 4 ‰ freier HCl allmählich auf 1 ‰, in einem anderen Falle von 3 ‰ auf 0,98 ‰ herabgedrückt. Bei einem Falle von tiefgreifendem Ulcus mit intensiven, seit Jahren bestehenden Schmerzen und einer Hyperacidität von 2,9 ‰ wurde unter der Wismuthbehandlung die Verdauung normal, das Geschwür heilte aus. Fälle von continuirlicher Saftsecretion wurden ebenfalls günstig beeinflusst. Da die Anwendung der Magensonde bei frischen Magengeschwüren oder bald nach stattgehabten Magenblutungen mit Gefahr verbunden ist, so lässt F. in solchen Fällen eine Suspension von 10,0 Wismuth auf 150—200 Ccm. lauwarmen Wassers früh nüchtern trinken, dabei werden die Patienten angewiesen hernach noch eine halbe Stunde in entsprechender Lage im Bette zu verharren. Zum Schluss stellt Verf. folgende Indicationen für die Eingiessungen von Wismuthsuspension mit der Sonde auf 1. bei allen sensiblen-motorischen und secretorischen Reizerscheinungen des Magens, die durch Ausspülungen allein nicht genügend gemildert werden können, so bei alten Magengeschwüren, bei ulcerirenden Carcinomen, und haemorrhagischen Errosionen 2. als specifisches Mittel bei Magengeschwüren. 3. Die Eingiessungen sind anfangs täglich, später jeden 2. oder jeden 3. Tag zu gebrauchen. Tritt Verstopfung ein, so sind Oelklystiere anzuwenden. Abelmann.

Behring, Boer und Kossel: Zur Behandlung diphtheriekranker Menschen mit Diphtherieheilserum. (Deutsche medic. Wochenschr. Nr. 17).

Den Lesern unserer Wochenschrift sind die umfangreichen experimentellen Studien Behrings über die Methoden der Immunisirung bei Tetanus und Diptherie bekannt. Den Wirkungswerth seines Diphtherie-Normalserums definirt Behring folgendermaassen: «Der tödtliche Ausgang der Vergiftung eines Meerschweinchens von mittlerem Körpergewicht (ca. 500 g.) mit 0,8 Ccm. des alten Diphtheriegiftes (von Behring dargestellt) wird durch das Diphtherie-Normalserum verhütet, wenn ¼ Stunde vor der subcutanen Injection der Giftlösung demselben Meerschweinchen an einer von der Giftinjectionsstelle entfernten Hautpartie das Serum in einer Menge von 1:100 (ca. 5 Ccm.) subcutan applicirt wird». Mit diesem Normalserum wurden 11 Diphtheriekranke in der Kinderstation der Charité behandelt, 9 von ihnen überstanden die Krankheit 2 starben. Die Injection geschah mit einer Koch'schen Spritze und wurde mit Vorliebe unter die Haut über den Brustmuskeln vorgenommen. Durch leichtes Massiren lassen sich leicht 20 Ccm. bei Kindern vertheilen. Eine allgemeine Reaction auf die Injection erfolgt nicht. So viel steht nach den Beobachtungen an den 11 Kindern fest, dass das Serum nicht den geringsten nachtheiligen Einfluss auf den Körper ausübt. Ueber den Heilwerth des Serums lässt sich bei der geringen Zahl der Beobachtungen nichts Bestimmtes aussagen; doch gehören die neun geheilten Fälle nicht zu den leichten Formen der Diphtherie; Kossel meint, dass grade der Umstand, dass unter den neun Fällen 3 tracheotomirte Kinder waren, von einiger Bedeutung sei. Die Beobachtungen sollen noch fortgesetzt werden. Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

G. Leopold: Arbeiten aus der Königlichen Frauenklinik in Dresden. Leipzig. Verlag von S. Hirzel. 1893.

Der erste bis jetzt erschienene Band zerfällt in 2 Theile. Der erste Theil «Die Königliche Frauenklinik in Dresden 1884—1891 namentlich als Unterrichtsstätte für Aerzte» stammt aus der bewährten Feder Leopold's und enthält ausser wirthschaftlichen Mittheilungen genaue Angaben über die Art und Weise des klinischen Unterrichts in der Anstalt.

Für den Arzt, welcher soeben erst sein Studium beendet hat, ist eine weitere Fortbildung in allen Disciplinen unserer Wissenschaft sehr wünschenswerth — in der Geburtshilfe sogar unbedingt erforderlich. Muss doch gerade auf diesem Gebiete der praktische Arzt häufig genug sofort nach seinem Erscheinen bei der Pat. activ vorgehen, um das Leben der Mutter oder des Kindes, resp. dasjenige beider zu retten. Auf den meisten Universitäten kann sich heutzutage der Studirende kaum die nöthigen praktischen Erfahrungen sammeln und ist es deshalb sehr anzuerkennen, wenn grössere Anstalten bereitwillig ihre Thore öffnen und den jungen Kräften, welche ihr Wissen bereichern wollen, Einlass gewähren. Gross ist die Anzahl solcher Anstalten noch nicht und will L. daher durch diese Blätter die Aufmerksamkeit lenken auf das «hülfsärztliche Externat», in welchem dem jungen Arzte vor dem Eintritt in die Praxis die reichste Gelegenheit zu seiner weiteren Ausbildung geboten wird. Wie viel spec. in der Dresdener Klinik den Externen (besonders den im Hause wohnenden) geboten

wird, kann der Leser aus diesem, von dem bekannten Leiter der Anstalt selbst verfassten, Abschnitte ersehen. Jeder, der die «Dresdener Frauenklinik» besucht hat, wird sie wohl stets in dankbarer Erinnerung behalten.

Der 2. Theil handelt von den geburtshülflichen Operationen bei engem Becken und den Erfahrungen, welche an einem grossen Material darüber gesammelt wurden. Er enthält folgende von Schülern L.'s bearbeitete Capitel: Künstliche Frühgeburt (36 Fälle) von Dr. Buschbeck, Wendung und Extraction (143 Fälle) von Dr. Rosenthal, Perforation (121 Fälle) von Dr. Zeitlmann, Kaiserschnitt (50 Fälle) von Dr. Cörner und die Symphyseotomie und ihre wissenschaftliche Begründung auf Grund eigener Untersuchungen an der Leiche und dreier Fälle an der Lebenden von Dr. Wehle.

Es würde den Rahmen dieser Wochenschrift überschreiten, wollten wir jede dieser Arbeiten einer genaueren Besprechung unterziehen; der Fachmann wird sie ohne Zweifel mit grossem Interesse lesen.

In einigen Schlussbemerkungen bespricht L. in Kürze die Aufgaben und Grenzen, welche für jede dieser Operationen gegeben sind, sobald man die Ergebnisse für Mutter und Kind zusammen stellt.

Die künstliche Frühgeburt brachte 1,2 pCt. Todesfälle und 63,4 pCt. lebend entlassener Kinder. Die Wendung und Extraction 4,4 resp. 0,9 pCt. mütterlicher Todesfälle und 66,6 pCt. lebend entlassener Kinder. Nach der Perforation gingen 8,85 pCt. resp. 1,6 pCt. der Operirten und alle Kinder zu Grunde.

Im Wettkampf mit der Perforation stehen zur Zeit der relative Kaiserschnitt und die Symphyseotomie; durch erstere wurden 95,3 pCt. der Kinder gerettet bei 4,1 pCt. Mortalität der Mütter, durch letztere 89,4 pCt. der Kinder bei 1,7 pCt. mütterlicher Sterblichkeit.

Durch die Symphyseotomie möchte L. die Perforation des lebenden Kindes einschränken zu Gunsten des Kindes und den relativen Kaiserschnitt einschränken zu Gunsten der Mutter. Anzeigen und Bedingungen für diese Operation sind bis jetzt noch nicht genügend erforscht, um ein endgültiges Urtheil zu fällen. Dobbert.

Prof. Julius Kennel (Dorpat): Lehrbuch der Zoologie. Mit 310 Abbildungen im Text, enthaltend gegen 1000 Einzeldarstellungen, 678 Seiten. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke 1893. (Bibliothek des Arztes, eine Sammlung medicinischer Lehrbücher für Studirende und Praktiker.

Durch das vorliegende «Lehrbuch» wird ohne Zweifel einem lebhaften Bedürfniss abgeholfen. Während nämlich die bereits vorhandenen Lehrbücher durch vorherrschende, meist trockene Behandlung der Systematik, die unendliche Menge von Namen etc. die Anfänger und Laien abschrecken, hat es der Verfasser hier verstanden gerade das, was allgemeineres Interesse hat, die Entwickelungsgeschichte, Anatomie und vergleichende Anatomie in lebendiger Darstellung in den Vordergrund zu stellen. Es wird daher nicht nur Derjenige, der ein Examen zu bestehen hat, sondern ganz abgesehen von Zoologen selbst, auch der Arzt, der Landwirth, oder wer sich überhaupt für Zoologie interessirt, die nöthige Antwort auf seine Fragen und, was die Hauptsache ist, Anregung zu weiteren Studien und zur Beobachtung in der Natur in diesem Buche finden. Dass der Stoff vom modernen Standpunkte der Zoologie, dem der Descendenztheorie, behandelt ist, ist selbstverständlich. Zugleich ist aber die Systematik keineswegs vernachlässigt, sondern jedem Abschnitt in kurzer übersichtlicher Form beigefügt, so dass ein Jeder, der nicht zu grosse Ansprüche hat, mit Hülfe der grossen Zahl vom Autor selbst angefertigter, sehr gelungener Originalabbildungen, eine Diagnose zu stellen im Stande sein wird. Eine eingehende Besprechung des Inhaltes liegt ausserhalb des Rahmens dieser Zeitschrift und wir können uns daher darauf beschränken, das Buch angelegentlich zu empfehlen und ihm eine möglichst grosse Verbreitung zu wünschen. —e.

Auszüge aus den Protokollen
des Vereins der Revaler Aerzte vom Jahre 1892.

Sitzung am 13. Januar 1892.

1. Herr Hoeppener macht auf eine seit 2 Jahren in Reval bestehende infectiöse Form des Ikterus aufmerksam. 1890 sind 4, 1891 3 Fälle zur Beobachtung gekommen. Die Diagnose anfangs meist auf Typhus abdominalis gestellt. Die Erscheinungen begannen mit Kopf- und Gliederschmerzen, die Temperatur setzte von vorn herein mit hohen Graden (39 bis 39,5) ein, die Temperaturerhöhung dauerte 5—8 Tage. Am 4—5 Tage trat leichte ikterische Färbung ein; die Milz vergrössert, der Leberrand vergrössert und empfindlich, die Zunge weisslich, der Urin von vornherein eiweisshaltig, vom 4. Tage an dunkel, die Faeces meist normal, nur zuweilen farblos. Der Verlauf dauerte 2—3 Wochen und endete meist mit Genesung. In der Literatur sind nur 2 Todesfälle verzeichnet; die Section ergab Röthung und Schwellung der solitären Follikel. H. hat einen Fall mit tödtlichem Ausgang erlebt: Dauer der Krankheit 4 Wochen: Fieber bestand nur fünf Tage, dann Somnolenz, Sopor, Tod. Es traten Urticaria und Blutextravasate auf. Sectionsbefund: Schwellung, zum Theil geschwüriger Zerfall der solitären Follikel, Niereninfarct, Leber gross, intensiv gelb gefärbt, die Galle eingedickt.

2. Herr Greiffenhagen referirt über folgende Fälle aus der Praxis:

a) ein 9 jähriges Mädchen erkrankte im November 1891 mit Schmerzen im Abdomen; es bildete sich eine Perityphlitis aus mit sehr heftigen Symptomen. Nach Darreichung von 0.03 Opium traten Intoxicationserscheinungen auf. Einige Tage später Pneumonie des linken unteren Lungenlappens. Dann kam es zu einer diffusen Peritonitis; später Fluctuation über dem Coecum. Schon war Alles zur Operation bereit, als spontane Perforation in den Darm erfolgte. 3 Wochen lang Eiter im Stuhl, bis am 16. December 1891 eine wohlerhaltene türkische Bohne abging. Das Fieber fiel ab und der Eiter verschwand aus dem Stuhl. Das Kind hat nachweislich ein Jahr lang keine Bohne gegessen.

b) Zweizeitige intraperitoneale Colostomie wegen eines inoperablen Carcinoma recti. Beim Fassen mit der Pincette riss die ausserordentlich brüchige Darmwand. Austritt einer grossen Menge von Gasen in die freie Bauchhöhle. Trotzdem glatte Heilung in 8 Tagen.

c) Leistenhernie, seit 3 Tagen Incarcerationserscheinungen. Herniotomie: eitrig infiltrirtes Bruchbett; in der Hernie lag das gangränöse Coecum mit linsengrosser Perforation. Resectio coeci, anus praeternaturalis. Am 5. Tage Tod durch Sepsis.

d) Atresia ani completa. 2 tägiges Kind, mit Erbrechen, Meteorismus, Ikterus aufgenommen. Puls schlecht. In der Analfurche eine bläuliche Vorwölbung, auf welche eingeschnitten wurde. Doch wurde das Ende des Darmes erst 1 Cm. über dem Promontorium gefunden. Proktoplastik, Meteorismus und Erbrechen liessen nach, das Kind trank. Am 3. Tage Fieber, am 10. Tage Tod an Pyämie.

e) 27 jährige Frau, seit 3 Jahren Tumor im Leibe. Seit Mai 1891 rapides Wachsthum. Die Punction ergiebt 18 Liter seröser Flüssigkeit; nach 5 Tagen gynäkologische Untersuchung; Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Cyste des linken Ovarium. Die Geschwulst wuchs schnell wieder an. Am 5. December 1891, 5 Wochen nach der Punction, Laparotomie, welche die Diagnose bestätigte, Entfernung der Geschwulst. Punctionsnarbe ohne Adhaesion verheilt, konnte nur mit Mühe gefunden werden. Glatter Heilungsverlauf.

3. Herr Hansen berichtet über einen Fall von Myxoedema atrophicum aus seiner Privatpraxis. Der Fall soll in extenso veröffentlicht werden.

Sitzung am 3. Februar 1892.

1. Herr Hansen berichtet über zwei Fälle von in kurzer Zeit beobachtetem Unterlippencarbunkel. Dieselben gelten für seltene, dem höheren Alter zukommende, lebensgefährliche Affectionen. Vorliegende Fälle betreffen einen Mann in den Vierzigern und eine Frau in den Sechzigern. Die Gefährlichkeit der Erkrankung hänge wohl davon ab, ob frühzeitig ein chirurgischer Eingriff gemacht worden, oder nicht. Der Carbunkel beruhte auf Infection mit folgender Entzündung und Nekrose des Unterhautzellgewebes und der Haut. Im ersten Falle hatte Pat. ein kleines Bläschen an der Unterlippe gehabt und dasselbe mit dem Fingernagel aufgekratzt, der zweite Patient hatte, mit einer Schrunde an der Lippe behaftet, alten Käse gegessen. Die Diagnose sei leicht, wenn man sich nur vor der Verwechselung mit einfachem Furunkel hüte; letztere könne allerdings von verhängnissvollen Folgen für den Patienten sein. Hält man jedoch fest, dass Furunkel an der Lippenschleimhaut wohl kaum vorkommen dürften (wenigstens hat H. sie hier nie beobachtet) und dass auch vom ersten Beginn des Anthrax an dieser Stelle stets eine unverkennbare derbe, voluminöse Infiltration vorhanden ist, so wird man sich nicht zu unnützem Zaudern mit dem chirurgischen Eingrift verleiten lassen. Bezüglich der Therapie heisse es hier also nicht zuwarten, sondern frühzeitig einen Schnitt anlegen, spätestens am Ende der ersten Woche, weil sonst durch das Auftreten der multiplen, nekrotischen Heerde die Verunstaltung grösser, zugleich auch die Gefahr einer Septicaemie grösser wäre. H. machte in beiden Fällen den Schnitt längs dem unteren Lippenrande über die Infiltrationszone hinaus bis auf die Schleimhaut, so zwar, dass er die Lippe mit dem Daumen von der Cutisseite, mit dem 2. und 3. Finger von der Schleimhautseite fasste, so anspannte und auf den letzteren vorsichtig die Weichtheile trennte, wodurch am besten eine Verletzung der Mundschleimhaut umgangen wird; jedoch vermied er die nekrotischen Heerde auszudrücken. Tamponade mit Jodoformgaze, feuchter Carbol-Watte-Verband. Der

Process lief in ca. 3 Wochen ab, die Lippe verheilte glatt und gut mit feiner linearer Narbe.

Clever hat einen Fall von Oberlippencarbunkel behandelt, indem er rings um die Infiltration mit der Pravaz'schen Spritze Injectionen von 2 pCt-ger Carbolsäurelösung machte. Es trat auffallend schnell Erweichung und Auseiterung ein.

Plotnikow warnt vor Verwechselung des Lippencarbunkels mit Pustula maligna. — Bei einem Matrosen mit einer Infiltration an der Unterlippe von der Grösse eines Zweikopekenstückes wurde eine ausgiebige Spaltung vorgenommen. Bereits am Abend erfolgte der Tod.

2. Herr Plotnikow theilt folgenden Fall mit: In der Irrenabtheilung des Collegium-Hospitals kratzte ein an Gesichtslupus leidender Patient einen Wärter an der Lippe. Die Kratzwunde vergrösserte sich und im Verlauf von ca. 2 Monaten entwickelte sich ein Ulcus über die halbe Unterlippe. P. machte eine Keilexcision der ulcerösen Partie und nähte die Lippe zusammen; an einer Stelle trat Nekrose und Fistelbildung ein, die später auch verheilte. Die Infiltration der submaxillaren Lymphdrüsen, welche bestanden hatte, ging nach der Operation zurück. Die mikroskopische Untersuchung des excidirten Stückes ergab lupsöses (Granulations-) Gewebe.

3) Herr Hansen zeigt einen aus fest zusammengeballten und verfilzten menschlichen Haaren bestehenden, eiförmigen Klumpen von 5 ca. Länge, 3 cm. Breite und 3 cm. Dicke, der jedoch früher einen ca. um ¼ grösseren Umfang besass, durch jahrelanges Liegen aber bis auf die jetzige Grösse zusammengetrocknet ist. H. ist jetzt erst in den Besitz desselben gelangt, da die Patientin, von der der Haarballen stammt, sich bisher von dem Corpus delicti nicht hat trennen können. Die jetzt 20 jährige Dame erkrankte als 8-jähriges Mädchen unter den Zeichen einer plötzlich eingetretenen Obstruction. Kein Fieber, kein Erbrechen. Abführmittel, dann hohe Darmirrigationen blieben ohne Erfolg. Am 12. Tage Erscheinungen des Ileus. Bei digitaler Rectaluntersuchung fühlte Hansen den Klumpen, welchen er entfernte. — Das Mädchen hatte, wie es angab, jahrelang seine eigenen Kopfhaare verschluckt.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

3. Februar 1893.

Dr. Bergmann demonstrirt 2 Fälle erfolgreich operirter Actinomycosis und erwähnt, dass 3 weitere Fälle gegenwärtig im Krankenhause in Behandlung stehen.

Dr. Krannhals betont die grosse Schwierigkeit, den Actinomyces in Schnittpräparaten nachzuweisen, während im Gewebesaft und Eiter der Nachweis relativ leicht zu führen sei.

Dr. Bergmann: Eiter finde sich nur in der Minderzahl der Fälle, doch gestatte die eigenthümliche hirnmarkähnliche Beschaffenheit des Gewebes auch ohne directen Nachweis des Strahlenpilzes die Diagnose mit grosser Wahrscheinlichkeit auf Aktinomycosis zu stellen.

Auf die Frage von Dr. Voss, ob die in Wien empfohlenen Injectionen von Sublimat und Borsäure auch von ihm angewandt seien, erwidert Dr. Bergmann, dass er die besagten Injectionen weder in der Literatur, noch auf dem letzten Chirurgencongress habe rühmen hören und selbst immer operativ vorgegangen sei, wobei die actinomycotischen Neubildungen wie tuberculöse Massen zu behandeln seien.

Dr. Schabert giebt an, dass der erste Fall von Aktinomycosis in den Ostseeprovinzen 1885 in Niederbartau beobachtet und von Dr. Bratz in Libau operirt sei. Ferner referirt Dr. Schabert über einen von Dr. Helmsing operirten Fall, welcher vor der Operation einen Ovarialtumor vorgetäuscht hatte.

Dr. v. Engelhardt verliest seinen Vortrag über «die Bedeutung der Salzsäure in diagnostischer Hinsicht mit spec. Berücksichtigung der Atonie des Magens.» (Veröffentlicht in der St. Petersb. med. Wochenschrift).

Nachdem Vortragender die verschiedenen Anforderungen, die jetzt an die quantitative Bestimmung der Salzsäure im Mageninhalte gestellt werden, besprochen, kommt er zu dem Resultat, dass ebensowenig die genaue Ermittelung der «secernirten Salzsäure» nach Martin und Lüttke, wie die Mietz'sche Berechnung der überschüssigen (freien) Salzsäure uns absolute Werthe für die Beurtheilung der Secretionsenergie ergäben. Es handele sich immer um relative Werthe, da Motilität und Resorption, weil nicht durch Ziffern bestimmbar, nicht in Relation zu den Aciditätsziffern gesetzt werden können. Auch die Geigel'sche Forderung ist nicht berechtigt, es müsse im vollständig exprimirten Mageninhalt die Gesammtmenge anwesender Salzsäure bestimmt werden. Auch diese Zahl giebt uns für's Erste keinen brauchbareren Factor. Andererseits habe aber Geigel eine Methode ersonnen, mit der leicht der Gesammtinhalt des Magens berechnet werden könne, der eine Stunde nach Ewalds Probefrühstück noch zugegen sei. Verfasser empfiehlt die Mietz'sche Methode als meist ausreichend für die Praxis und demonstrirt an Beispielen die Verwerthung der Menge und des Salzsäuregehaltes des Mageninhaltes zur Diagnose. So glaubt Vortr. die allzuhäufige Diagnose Hyperchlorhydrie zurückweisen zu müssen, weil auch in einem atonischen Magen bei normaler Secretionsenergie die Hyperchlorhydrie vorgetäuscht werden könne, ohne aber das Primäre zu sein. Das Primäre sei eben in sehr vielen Fällen, besonders bei Neurasthenikern, die mechanische Insufficienz, d. h. muskuläre Atonie. Nach einzelnen Hinweisen auf die übrigen diagnostischen Hülfsmittel zum Nachweis der Atonie wird zum Schluss die Differentialdiagnose zwischen Gastritis und Neurose behandelt.

Dr. Hampeln schliesst sich dem an, dass das Vorhandensein und die Menge der Salzsäure an sich nicht für bestimmte Zustände pathognomonisch sind und für die Diagnose auch sonst natürlich alle Symptome berücksichtigt werden müssen. Früher sei die Bedeutung der Salzsäurebestimmung des Magensaftes in der That überschätzt worden, gegenwärtig liege die Gefahr nahe, sie zu unterschätzen, denn höchst wichtig bleibe die Salzsäurebestimmung nach wie vor. Bei der Atonie des Magens komme es nicht so sehr auf die Grösse des Magens, als auf die motorische und chemische Insufficienz desselben an. Es sei daher höchst wichtig, durch Spülung des Magens zu constatiren, welche Zeit derselbe zu seiner völligen Entleerung brauche. Manche Mägen entleeren sich nur während der Nacht.

Dr. Schabert betont, dass bei Frauen der Tiefstand des Magens sehr häufig vorkomme und auch Plätschergeräusch nachgewiesen werden könne, ohne dass deshalb der Magen als krank anzusehen sei. Durch die Gastrodiaphanie sei sicher constatirt, wie variabel die Magengrenzen auch bei normalem Magen sein können.

Dr. v. Engelhardt. Auf das über Atonie des Magens Gesagte zurückkommend will ich noch bemerken, dass bei den in längeren Zwischenräumen untersuchten Patienten sich häufig Veränderungen in der musculären Kraft des Magens zeigen, während der Salzsäuregehalt des Speisebreies nicht wesentlich verändert ist. Liegt hier eine directe Abhängigkeit der Atonie vom Salzsäuregehalte vor, so müsste doch wesentlich der letztere deutliche Differenzen aufweisen. Auch nach der Beobachtung Wolf's, der eine erhöhte Salzsäuresecretion nach Darreichung des Strychnins beobachtete, müsste das Strychnin nach Riegels Auffassung dieser Zustände contraindicirt sein, während es mir sehr gute Dienste geleistet hat, also wohl eher die musculäre Schwäche des Magens günstig beeinflusst hat.

Z. Z. Secretär: Dahlfeld.

Vermischtes.

— Der Professor der Chirurgie an der Universität Kasan, wirkl. Staatsrath Dr. Lewschin, ist nach Ausdienung der 25-jährigen Dienstfrist auf weitere fünf Jahre in Dienst belassen worden.

— Ordensverleihungen: Der St. Stanislaus-Orden I. Classe — dem Arzt am Kinderasyl der Grossfürstin Katharina Michailowna, wirkl. Staatsrath Dr. Joh. Radecki. Der St. Wladimir-Orden IV. Classe — dem Arzt des hiesigen Marieninstituts, Staatsrath Dr. Const. Frankenhäuser.

— Verabschiedet: Der Gouvernements-Medicinalinspector von Smolensk, wirkl. Staatsrath Dr. Daschkewitsch, auf eigenes Ersuchen.

— Verstorben: 1) Am 19. Mai der Oberarzt der turkestanschen Artilleriebrigade, Dr. Nikolai W. Truschennikow nach langer Krankheit an der Lungenschwindsucht. 2) In Warschau am 26. Mai der Arzt Nikolai Spasski. 3) In Melekes (Gouv. Ssamara) der dortige Arzt Klimow. 4—6) die in der Reserve des Militär-Medicinalressorts stehenden Aerzte: Eugen Stelling in Orel welcher seit dem Jahre 1885 prakticirte, Nikolai Newski, Landschaftsarzt in Toropez, und Theodor Wrublewski in Warschau. 7) Am 9. Juni in Paris der Kliniker Prof. Michel Peter, Mitglied der Académie de médecine und Chefarzt am Hôpital de Pitié im 69. Lebensjahre. Der Verstorbene war ein hartnäckiger Gegner Koch's und Pasteurs. Er bestritt die bacilläre Krankheitstheorie, sowohl bei der Cholera als auch beim Typhus suchte er die primäre Affection im Darm selbst und nahm an, dass erst secundär unter deren Einfluss der sonst harmlose Bacillus coli «éberthiform», resp. commaförmig werde. 8) In Lyon der bekannte Gynäkologe Dr. Emil Blanc, Verfasser zahlreicher Arbeiten über Eklampsie, Kaiserschnitt etc. im 35. Lebensjahre an einer schlechtverlaufenden Blutvergiftung, die er sich bei der Entfernung der Nachgeburtreste bei einer Puerperalkranken zugezogen hatte.

— Der bekannte Pädiater, Prof. Dr. Henoch in Berlin, beabsichtigt in nächster Zeit seine Lehrthätigkeit an der Berliner Universität, sowie die Leitung der Klinik für Kinderkrankheiten wegen vorgerückten Alters aufzugeben.

— Der langjährige Assistent Prof R. Virchows, Privatdocent für pathologische Anatomie Dr. Oskar Israel, ist zum ausserordentlichen Professor in der medicinischen Facultät der Berliner Universität ernannt worden.

— Die Leitung der von dem verst. Prof. Schnitzler dirigirten Abtheilung der allgemeinen Poliklinik in Wien ist seinem langjährigen Assistenten Dr. M. Hajek provisorisch übertragen worden.

— Zum Nachfolger des vor Kurzem verstorbenen Professors Salzer auf dem Lehrstuhl der Chirurgie an der Universität Utrecht ist der Privatdocent Dr. v. Eiselsberg von der Wiener Universität in Aussicht genommen. Sowohl Salzer als auch Eiselsberg sind Schüler und frühere Assistenten Billroths.

— Der bekannte Berliner Pharmakologe, Prof. Dr. Liebreich, ist von dem Philadelphia College of Pharmacy zum Ehrenmitgliede erwählt worden.

— Die Gesellschaft der Aerzte in Wien hat in ihrer letzten Sitzung auf Vorschlag ihres Präsidenten Billroth einstimmig beschlossen, das langjährige correspondirende Mitglied Prof. Pettenkofer in München zu seinem am 30. Juni d. J. stattfindenden 70. Geburtstage zum Ehrenmitgliede zu ernennen. (Allg. med. C.-Ztg.)

— Im Kreise Atkarsk des Gouvernements Saratow, wo der Flecktyphus schon längere Zeit herrscht, sind drei Aerzte, die DDr. Schildkröt, Ssomow und N. A. Knorre nach einander daran erkrankt.

— Die Prämie des Prof. emer. Johann Busch im Betrage von 5000 Rbl. für chirurgische Originalarbeiten in russischer Sprache ist diesmal wieder nicht zur Vertheilung gelangt. Die von der Conferenz der militär-medicinischen Academie zur Prüfung der Concurrenzarbeiten niedergesetzte Commission hat keiner der eingereichten Arbeiten den Preis zuerkannt, jedoch die Arbeiten des Professors Tauber (Warschau) und des Dr. Preobrashenski einer ehrenvollen Erwähnung werth befunden.

— Die Zahl der Doctorpromotionen an der militär-medicinischen Academie belief sich im Studienjahre 1892/93 auf 90 (30 weniger als im Jahre vorher).

— Den Vorsitz in der hiesigen städtischen Sanitätscommission führt seit dem Rücktritt Shukowski's das Mitglied dieser Commission L. A. Ssytschew.

— Die hiesige medicinische Wochenschrift «Russkaja Medizina» erscheint vom Juni an wie bisher unter der Redaction des Professors N. P. Iwanowski. Als beständige Mitredacteure und zugleich als Herausgeber zeichnen seit der Nr. 20 aber noch der Privatdocent der militär-medicinischen Academie D. P. Kossorotow und der Gehülfe des Oberarztes des hiesigen Börsenhospitals Dr. J. J. Fomin.

— Das Medicinaldepartement hat vor Kurzem ein Circulär erlassen, in welchem die Medicinalverwaltungen darauf aufmerksam gemacht wird, dass ein grosser Theil der Dentisten ungesetzlich den Titel «Zahnarzt» führt. Da nach den im Juli 1891 Allerhöchst bestätigten Regeln für den zahnärztlichen Unterricht nur diejenigen Personen den Grad eines «Zahnarztes» erlangen können, welche den 2½ Jähre dauernden Cursus in einer zahnärztlichen Schule durchgemacht haben, so kann es bis jetzt noch keine Dentisten geben, die das Recht hätten, sich «Zahnärzte» zu nennen. Das Medicinaldepartement hat es auch für nöthig erachtet anzuordnen, dass die Dentisten in ihren Annoncen nur ihren gelehrten Grad, Familiennamen, Specialität, Wohnort und Empfangsstunden angeben dürfen. Sämmtliche Reclamen, wie der Abdruck von Medaillen, Orden etc. sind unbedingt verboten.

— Die erste russische Schule zur Erlernung der Zahnheilkunst, welche von dem Dentisten Washinski hier gegrüudet wurde, ist jetzt eingegangen.

— Wie die «Russkaja Medicina» erfährt, beabsichtigt der Dentist J. J. Chruschtschow in St. Petersburg eine zahnärztliche Schule zu eröffnen.

— Die Geschäftsstockung in England spricht sich auch in dem Erwerb der Aerzte aus. Die Londoner Consultanten, namentlich die Chirurgen, erinnern sich keiner Zeit, wo die Nachfrage nach ihnen so schwach gewesen ist, wie gegenwärtig. (Medical Press-Wr.)

— In der am 14. Juni n. St. stattgehabten Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft hielt unter Anderem Prof. v. Bergmann einen Vortrag über «Trepanation bei Schussverletzungen», welchem er, wie wir der Berl. klin. Wochenschr.» entnehmen, die Erfahrungen von 25 Fällen von Schussverletzungen des Schädels, die in den letzten 9 Jahren in der Berliner chirurgischen Klinik beobachtet wurden, zu Grunde legte. 15 der Kranken wurden geheilt. Für die Trepanation stellte B. zwei Indicationen auf: das Auftreten von Reizerscheinungen von einer Verletzung, die die motorische Region getroffen hat und ausgedehnte Zerschmetterungen der Knochen. In allen anderen Fällen soll die Wunde in Ruhe gelassen, namentlich nicht sondirt werden. — In derselben Sitzung machte Dr. Aronson Mittheilung über seine «experimentellen Untersuchungen über die Diphtherie und die immunisirende Substanz des Blutserums», an welche sich eine Discussion schloss, in welcher Prof. B. Fränkel Beschwerde darüber erhob, dass die Darstellungsart der immunisirenden Substanz von dem Vortragenden nicht mitgetheilt worden sei. Prof. Virchow als Vorsitzender erklärte hierauf, dass er allerdings bei vorheriger Kenntniss von dem Inhalte des Vortrages, denselben aus dem erwähnten Grunde (nämlich, weil darin ein Geheimmittel empfohlen werde) nicht zugelassen haben würde, damit früher erlebte Vorgänge sich nicht auf's Neue wiederholten.

— Das neueste officielle Bulletin über den Gang der Cholera in Russland enthält Nachrichten aus 4 Gouvernements. Darnach sind in Podolien vom 1.—16. Mai 19 Erkrankungen und 4 Todesfälle an der Cholera vorgekommen, ferner in Bessarabien vom 23.—26. Mai 10 Erkrankungen und 4 Todesf., in der Stadt Orel vom 23.—30. Mai 9 Erkr. und 3 Todesf. und im Gouv. Kursk in derselben Zeit 5 Erkrankungen und 1 Todesfall. In Podolien, wo die Seuche gegenwärtig nur in 4 Kreisen herrscht, sind vom Beginn der Epidemie bis zum 16. Mai d. J. 8914 Personen an der Cholera erkrankt, von ihnen 5821 Personen genesen, 3083 gestorben und 10 Kranke in Behandlung verblieben.

In Frankreich weist die Cholera noch keine Abnahme auf. In Mekka sind vom 16.—20. Juni n. St. 830 Personen an der Cholera gestorben. (Reuter-Meldung).

Die Influenza ist neuerdings in Rom aufgetreten.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 5. Juni d. J. 6000 (151 weniger als in der Vorw.), darunter 151 Typhus— (10 mehr), 504 Syphilis — (43 weniger), 59 Scharlach — (2 mehr) 13 Diphtherie — (5 mehr) 12 Masern — (2 weniger) und 33 Pockenkranke — (3 weniger als in der Vorw.).

Vacanzen.

1) An dem Gouvernements-Landschaftshospital in Wologda ist der Posten des Oberarztes vacant geworden. Gehalt 1800 Rbl. Es ist wünschenswerth, dass der Oberarzt Chirurg und Dr. med. ist. Adresse: «Вологодская Губернскя Земская Управа».

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Wjatka. Geh. 1000 Rbl. Der Rayon umfasst 7 Gemeindebezirke mit einem Flächeninhalt von 1858 Quadratwerst und 56,000 Einwohnern. Adresse: «Вятская Уѣздная Земская Управа».

3) Landschaftsarztstelle im Kreise Lgow (Gouv. Kursk). Gehalt 1000 Rbl. und Quartiergeld 200 Rbl. Adresse: «Лговская Земская Управа».

4) Landschaftsarztstelle im Kreise Fatesh (Gouv. Kursk). Geh. 1000 R., Quartiergeld 100 R. und Fahrgelder 200 Rbl. Adresse: «Фатежская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 30. bis 5. Juni 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
334	224	558	124	50	74	9	6	15	54	58	40	49	44	28	6	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 5, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 2, Masern 5, Scharlach 9, Diphtherie 3, Croup 2, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 34, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 89, Tuberculose anderer Organe 3, Alkoholismus und Delirium tremens 1, Lebensschwäche und Atrophia infantum 46, Marasmus senilis 21, Krankheiten des Verdauungscanals 61, Todtgeborene 35.

tismus, Katarrh, chron. Entzündung und Anschoppung der weiblichen Organe und ihre mannigfachen Folgen für das Blut und Nervenleben, Sterilität u. s. w. Nervöse Leiden verschiedener Art, besonders mit dem Charakter gesteigerter Erregbarkeit, Reconvalescenz nach Lungen-, Rippenfell- etc. Entzündungen, Folgen der Influenza u. s. w. Die günstigen Erfolge unserer Quellen und Producte, Pastillen pp. bei der von Neuem herrschenden Influenza erwiesen sich durch den anhaltend steigenden Begehr.

Saxlehner's Bitterwasser Hunyadi Janos. Nach Gutachten ärztlicher Autoritäten zeichnet sich dieses natürliche Purgativ durch folgende Vorzüge aus: Prompte und sichere Wirkung; milder Geschmack; geringe Dosis; auch bei längerem Gebrauche keine Verdauungsstörungen. Indication: Habituelle Stuhlverstopfung; Leberleiden; Gelbsucht etc. Neuerdings auch in der zahnärztlichen Praxis mit Erfolg angewendet.

Bad Homburg. Wirksame Brunnenkur bei Magen- und Unterleibsleiden, Gicht und Anaemie.

Kurort Salzbrunn, Schlesien. Heilbewährt bei Erkrankungen der Athmungsorgane und des Magens, bei Scrophulose, Nieren und Blasenleiden, Gicht, Hämorrhoidalbeschwerden und Diabetes.

SEEBAD SASSNITZ auf der Insel Rügen.

Aeltester und renomirtester Badeort auf Rügen. Comfortabel und doch billig. Direct am Strande belegen und umgeben von den herrlichsten Buchenwaldungen in meilenweiter Ausdehnung. Geschützt gegen Ost- und Nordostwinde. Täglich **sterilisirte Milch aus der Molkerei am Victoria-Park** zu Berlin. Mit Stettin, Swinemünde und Greifswald tägl. bequeme Dampferverbindung. Landung und Einstieg in dem neuerbauten grossen Hafen Sassnitz. Die Dampfer, welche **wöchentlich zweimal nach Dänemark und Schweden** von Stettin resp. Swinemünde **fahren**, laufen in Sassnitz an. **Bahnstation Crampas-Sassnitz.** Bequeme Verbindungen nach jeder Richtung. Wohnungen allen Wünschen entsprechend jeder Zeit zu haben. Weitere Auskunft ertheilt gern

(85) 11—3 **Die Badeverwaltung.**

Bahnstation Muszyna-Krynica
von Krakau 8 Std.
» Lemberg 12 Std.
» Budapest 12 Std.

K. k. Kur-Anstalt

KRYNICA (in Galizien)

reichhaltiger Eisensäuerling.

Post loco drei Mal des Tages
Telegraphenstation
Apotheke.

in Karpathen 590 mtr. Seehöhe. Von der Bahnstation eine Stunde sehr gut erhaltenen **Fahrweges** entfernt. — **Cur-Mittel:** Subalpines Klima, eisenhaltige an Kohlensäure sehr reichhaltige nach dem Schwarz'schen System erwärmte Mineralbäder (Im J. 1892 wurden über 32000 verabfolgt). Moorbäder mittelst Dampf erwärmt i. J. 1892 verabfolgt 12000) **Gasbäder aus purer Kohlensäure. k. k. Hydropatische Anstalt** unter der Leitung des Specialisten Dr. H. Ebers (im J. 1892 wurden über 27000 Proceduren ertheilt) Das Trinken der in- und ausländischen Mineralwässer; Molke, Kefir, Heil-Gymnastik. Brunnenarzt Dr. L. v. Kopf ordinirt bleibend während der ganzen Bade Saison. Ueberdiess ordiniren in Krynica noch 12 frei prakticirende Aerzte. **Anlagen und Spaziergänge** Grosser Nadelholzpark musterhaft erhalten, nähere und weitere Ausflüge in die anmuthigen Karpathen. Wohnungen über 1500 Zimmer comfortabel eingerichtet mit completten Bettzeug, Bedienung, electrischen Glockenzügen, mit Heizöfen etc. Röm. und gr.-kath. Kirchen. Prachtvolles Curhaus, mehrere Restaurants, mehrere Privatpensionate, **Milchnerei,** Zuckerbäckereien. **Musik-Orchester** unter Leitung des A. Wronski seit 21. Mai Ständiges Theater, Concerte. Frequenz im J. 1892: 4600 Pers. **Die Saison vom 15. Mai bis 30. Sept.** In Mai, Juni u. Sept. die Preise d. Bäder, Wohnungen und der Kost in dem Haupt-Restaurant billiger. Der Mineralwasser-Versandt vom April bis Nov. Depots in grösseren Städten des In- und Auslandes. Ueber Verlangen ertheilt Auskünfte

(54) 6—4 **Die kais. königl. Brunnen-Verwaltung in Krynica (Galicien).**

Bad Homburg

½ Stunde von Frankfurt a. M.

in hoher Lage am Taunusgebirge. Neues Kurhaus, Kochsalz und kohlensaure Mineralwasserbäder, Kiefernadel- und Moorbäder. Kaltwasser-Heilanstalt. Heilgymnastische Institute, Massage, Elektrotherapie. Inhalatorium. Molkenanstalt.

Luftkurort ersten Ranges. Winterkur. Elegantes Kurhaus mit grossartig. Park, Lawn-Tennis etc. Vorzügliches Orchester, Theater, Réunions, Illuminationen. — Mineralwasser-Versandt in stets frischer Füllung während des ganzen Jahres. (36) 6—4

Kurort Salzbrunn, Schlesien.

Bahnstation, 407 Mtr. Seehöhe, mildes Gebirgsklima. Saison vom **1. Mai** bis Ende **September. Alkalische Quellen ersten Ranges.** Berühmte **Molkenanstalt. Rationelle Milchsterilisirungs- und Desinfections-Einrichtungen. Badeanstalten. Massage. Pneumatisches Kabinet. Grossartige Anlagen. Wohnungen** zu allen Preisen. Besonders auch angezeigt für **Blutarme und Reconvalescenten. Versendung der seit 1601 medicinisch bekannten Hauptquelle**

(45) 10—5 **Oberbrunnen**

durch die Herren **Furbach & Strieboll.** Alles Nähere, Nachweis von Wohnungen etc. durch die

Fürstlich Plessische Brunnen-Direction.

Siehe Europäische Wanderbilder № 158/9.

Dr. Albert Rosenau (LRCP Lond.), früher Volontärassistent d. k. Frauenklinik München, praktiz. in seiner Heilanstalt **Bad Kissingen,** (Wohnung Hôtel Victoria) Behandlung von geeigneten gynäk. Fällen durch Massage n. Thure Brandt u. Elektrotherapie n. Apostoli. (77) 6—4

BAD NAUHEIM. Dr. med. C. Beste.

OSTSEEBAD WARNEMÜNDE

Ab **Berlin** 4½ Std., 45täg. Saisonkarten. **Frequenz** 1891—8641, 1892—93[illegible] Prospect d. d. **Badeverwaltung.**

BAD EMS (38) 12—[illegible]

Quehl's Inhalatorium für Erkrankungen der Athmungsorgane.

Apparate nach Jahr, Mathieu, Waldenburg, Wassmuth, (Zimmerzerstäubung—neu in Ems) für Sauerstoff und Heyer, etc. Bedeutend vergrössert und v. 15. Apr.—15. Oct. geöffnet. Special-Verordnung eines mit den Wirkungen der div. Apparate vertrauten Arztes erforderlich.

Auskunft u. Prospecte stehen gern zur Verfügung. **Die Direction.**

Vom 18. Mai bis Ende August a. c. practicirt in Kemmern

Dr. med. Fritz Berg.

(81) 2—2

BAD ELSTER (Königreich Sachsen).

habe meine Praxis wieder aufgenommen.

(73) 2—2 **Dr. von Blociszewski.**

Vom 15. Juni bis **Anfang** August practicirt bei **Merreküll,** Villa von Oettingen

(91) 3—1 **Dr. med. R. Otto.**

Wasserheilanstalt in Reichenau

(Niederoesterreich)

„RUDOLFSBAD"

an der Südbahnstation Payerbach, 2 Stunden per Südbahn von Wien entfernt. Herrlich von allen Seiten geschützte **Lage,** in einem der schönsten Alpenthäler Niederösterreichs (4[illegible] Meter über d. Meere). Ausgezeichnete Verpflegung und sehr comfortable Unterkunft bilden die anerkannten Vorzüge der seit [illegible] **Jahren bestehenden Anstalt, in welcher** auch Kranke, die nur einer klimatischen Kur bedürfen, Aufnahme finden.

Beginn der Saison am 1. Mai

(bis halben Juni und im September bedeutende **Ermässigung** für **Kost** und **Logis**) für Wasserkuren, Electricität und Massage Oertel'sche Kur gegen Fettleibigkeit, Fettherz und Herzschwäche. Eröffnung der Trinkhalle für Molke, Milch und alle Sorten frisch gefüllter Mineralwässer am 15. Mai und des Voll- und Schwimmbades (15—18°R. und 730 Quadratmeter Spiegelfläche) am 1. Juni. Täglich Promenaden-Concert. Directe Telephonverbindung mit Wien. Prospecte werden durch die Kur-Inspection **auf Verlangen gratis** zugesandt. Nähere Auskünfte ertheilen: **Dr. Ludwig Thomas,** Curarzt. **J. M. Waissnix** Erben, Eigenthümer. (80) 3—3

Hierzu als Beilage ein Prospect betr.: Vorschriften zur Herstellung eiweissreichen Brotes im eigenen Hause.

Дозв. ценз. Спб. 11 іюня. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № [illegible]

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 25 St. Petersburg, 19. Juni (1. Juli) **1893**

Fünfter Aerztetag

der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der fünfte Aerztetag findet in Dorpat vom 1--3. September d. J. statt.

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht überschreiten darf, werden die Herren Aerzte ersucht, unter genauer Angabe des Themas und kurzer Wiedergabe des Inhalts baldmöglichst,

spätestens aber bis zum 15. Juli a. c.,

bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes:
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart-Fellin.

Ueber Aethernarcose.

Aus dem Evangelischen Hospital in Odessa.

Von

Dr. med. N. Kaefer.

Assistenzarzt.

So alt wie die Narcose ist auch der Streit, welchem der beiden gangbarsten Anaesthetica, Chloroform oder Aether, der unbedingte Vorzug zu geben sei. Während sich der Aether in der ersten Zeit nach Erfindung der Narcose einer viel grösseren Zahl von Anhängern erfreute, wurde das im Laufe der Jahre anders. Mehr und mehr ging man zum Chloroform über, und schliesslich gerieth der Aether fast vollkommen in Vergessenheit. Nur in England und Amerika wurden immer wieder Stimmen laut, welche sich zu Gunsten des Aethers aussprachen. Im continentalen Europa, vor allem in Deutschland, wurde der Aether vollkommen verlassen. Ja, es giebt jetzt sehr viele Aerzte, welche niemals eine Aethernarcose gesehen haben.

Die Ursache des Sieges, welchen das Chloroform davongetragen hat, ist nun keineswegs, wie man vermuthen sollte, in der Ueberzeugung zu suchen, dass die Chloroformnarcose mit weniger Gefahren für den Kranken verbunden sei. Die Anwendung des Chloroform galt von jeher für gefährlich. Es ist vielmehr die grössere Schnelligkeit und Sicherheit der Wirkung des Chloroform. Bei den unvollkommenen Methoden und mangelhaften Apparaten, welche früher zur Einleitung der Aethernarcose dienten, verfloss sehr viel Zeit bis zum Eintritt der Anaesthesie, ja es geschah sehr oft, dass der Aether vollkommen versagte[1]). Dem gegenüber wirkte das Chloroform schneller und praeciser, was zur Folge hatte, dass die überwiegend grosse Mehrzahl der Chirurgen diesem letzteren die Palme des Vorzuges zuerkannte.

Wie bereits erwähnt, waren es hauptsächlich englische und amerikanische Chirurgen, welche trotzdem getreue Anhänger und Fürsprecher des Aethers blieben. Ja, es ging in diesen Ländern die Bevorzugung des Aethers so weit, dass ein Arzt gerichtsärztlich bei Chloroformtod der fahrlässigen Tödtung angeklagt und dem entsprechend bestraft werden konnte, weil er nicht den «gefahrlosen» Aether zur Narkose benutzt hatte (Borntraeger, l. c.)

Bei der grossen Verantwortlichkeit, welche der Arzt auf sich nimmt, indem er die Chloroformnarcose einleitet, ist es erklärlich, dass die ärztliche Welt stets eifrig bemüht war ein Anaestheticum zu finden, welches neben vollkommener Unschädlichkeit die Vorzüge des Chloroform besitzt. Trotz Bromaethyl, Pental, Cocain und Aethylchlorid ist das bis jetzt leider ein pium desiderium geblieben. Es ist daher begreiflich, dass man in den letzten Jahren endlich auch in Deutschland den eifrigen Fürsprechern des Aethers Gehör geschenkt und sich dazu verstanden hat, Versuche mit dem Aether zu machen. Dass diese Versuche weniger schlechte Resultate zeitigten, als man erwartet hatte, dafür spricht die Thatsache, dass gegenwärtig schon eine stattliche Anzahl von namhaften Chirurgen und Gynäkologen fast ausschliesslich den Aether als Anaestheticum anwendet. Und wenn auf dem vorjährigen Chirurgencongress in Berlin die Frage, ob

[1]) Borntraeger. Ueber die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes bei Anwendung des Chloroform und anderer Inhalations-Anaesthetica. Berlin 1892.

Chloroform oder Aether zu bevorzugen sei, auch nicht definitiv entschieden wurde, so scheint doch die Autokratie des Chloroform beträchtlich erschüttert worden zu sein.

Die Verhandlungen dieses Congresses waren es nun auch, welche den Oberarzt des Evangelischen Hospitals in Odessa, Herrn Dr. med. E. Fricker, bewogen haben, die Aethernarcose zu versuchen. Unsere Versuche sind in der That so befriedigend ausgefallen, dass wir gegenwärtig nur ausnahmsweise zum Chloroform greifen.

Wenn unsere Erfahrungen sich vorläufig auch nur auf ein geringes Material beschränken, so stehe ich trotzdem nicht an, dieselben der Oeffentlichkeit zu übergeben, um so mehr, als die Aethernarcose in Russland, meines Wissens wenigstens, fast gar nicht geübt wird. Es ist daher wohl anzunehmen, dass ein kurzer Bericht über genaue Beobachtungen der Aethernarcose vielen Lesern dieser Wochenschrift willkommen sein dürfte.

Die Zahl der Aethernarcosen, über welche ich berichten kann, beträgt etwas über 150. Ein grosser Theil dieser Narcosen wurde von mir genau beobachtet, und zwar wurden: Dauer bis zum Eintritt der Narcose, Aetherverbrauch, sämmtliche beobachteten Erscheinungen, sowie endlich Dauer der Narcose genau notirt. Auch das Verhalten des Kranken nach dem Erwachen aus der Narcose fand genügende Berücksichtigung.

Es sei mir zunächst gestattet, die bei der Aethernarcose beobachteten wichtigeren Erscheinungen etwas genauer zu besprechen.

In vielen Fällen beobachtet man eine recht starke Secretion von Seiten der Schleimhaut des Mundes und der Athmungswege, welche sich in reichlicher Salivation und oft weit hörbarem Trachealrasseln äussert. Besonders das Trachealrasseln klingt unter Umständen ganz unheimlich, ist aber nach unseren Erfahrungen im Ganzen ein ziemlich harmloses Symptom. Sehr häufig scheint es mehr auf Aspiration von Speichel, als auf eigentlicher Secretion der Tracheal- und Bronchialschleimhaut zu beruhen, denn es pflegt in viel geringerem Grade aufzutreten, wenn man für genügenden Abfluss des Speichels sorgt, indem man den Kopf des Kranken auf die eine Seite wendet und den Rachen fleissig mit gestielten Marlytupfern auswischt. Es giebt indessen ohne Zweifel auch solche Fälle, wo das Trachealrasseln durch Hypersecretion der Bronchialschleimhaut bedingt ist. Wenigstens habe ich es 4 Mal beobachtet bei fehlender Salivation.

Im Ganzen sind diese Erscheinungen etwa in dem fünften Theil der Fälle zu beobachten. Nachhaltige üble Folgen haben wir davon nicht gesehen. Nur in einem Fall sahen wir bald nach der Narcose eine leichte Bronchitis auftreten.

Es handelte sich um eine ältere Frau, welche mit seit 3 Tagen bestehender Incarceration eines Schenkelbruchs des Abends in das Hospital gebracht wurde. Die Kranke hatte fast ununterbrochenes faeculentes Erbrechen, sah collabirt aus und hatte einen ziemlich kleinen frequenten Puls. Es wurde sofort zur Herniotomie unter Aethernarcose geschritten. Die Narcose wurde gut vertragen und bot, ausser stärkerer Salivation und Trachealrasseln, keine besonderen Erscheinungen dar. Am nächsten Tage bemerkten wir, dass die Kranke viel hustet und reichlich schleimiges Sputum expectorirt. Eine genaue Untersuchung der Lungen ergab verbreitetes feuchtes und trockenes Rasseln; Dämpfung, Bronchialathmen und Knisterrasseln waren nicht zu constatiren. Im Laufe der nächsten Tage liessen die catarrhalischen Erscheinungen nach, und bald verliess die Kranke unser Hospital als geheilt.

Dies ist der einzige Fall, wo wir bronchitische Erscheinungen der Aethernarcose zur Last legen können, und auch da ist es noch fraglich, ob wirklich der Aether die Bronchitis veranlasst hat.

Im Allgemeinen hat uns, wie gesagt, weder die Salivation, noch das Trachealrasseln zu Störungen Veranlassung gegeben, und bin ich daher geneigt, sie als durchaus harmlose Erscheinungen zu betrachten. Es sei noch bemerkt, dass diese Erscheinungen bei Kindern häufiger zu beobachten sind, als bei Erwachsenen.

Ein häufigeres und viel unangenehmeres Symptom ist das Erbrechen. In 90 genau beobachteten Fällen finde ich es 26 Mal notirt, häufig mit der Bemerkung «wiederholt», «mehrfach» oder «heftig». Die betreffenden Kranken waren fast ausnahmslos in üblicher Weise zur Narcose präparirt, d. h. hatten am Tage der Operation nichts genossen. In dieser Beziehung hat der Aether nicht nur keinen Vorzug vor dem Chloroform, sondern ich habe den Eindruck gewonnen, dass beim Chloroform das Erbrechen weniger häufig aufzutreten pflegt. Bei genügender Aufmerksamkeit und Uebung des Aetherisirenden dürfte es zwar selten üblere Folgen nach sich ziehen, kann indessen in vielen Fällen doch recht störend sein, namentlich wo es darauf ankommt, dass die unangenehme Wirkung der Bauchpresse ausbleibe.

Stärkere Hustenanfälle haben wir nur in vereinzelten Fällen beobachtet. Ich finde dieselben in meinem Protokollbuch nur 3 Mal verzeichnet, wobei natürlich von ganz gelindem, nicht störendem Husten abgesehen ist. In einem Fall nur war der Husten so hochgradig, dass wir uns genöthigt sahen, zu Chloroform überzugehen. Im Ganzen gehört aber stärkerer Husten zu den Seltenheiten. Nur bei Wenigen besteht eine grössere Neigung zu Hustenanfällen. In solchen Fällen muss dann der Aetherisirende durch geeignetes Vorgehen stärkeren Hustenanfällen vorzubeugen suchen. Wie sich das erreichen lässt, soll weiter unten erwähnt werden.

Die grössten Anforderungen werden bei der Aethernarcose an die Athmungsorgane gestellt. In der Mehrzahl der Fälle sehen wir die Kranken in der Narcose sehr ausgedehnte Athembewegungen ausführen, wobei es nicht selten zu kräftiger Thätigkeit der auxiliären Athmungsmuskeln kommt. Es sind daher die Athemzüge meistens nicht nur deutlich zu sehen, sondern sie sind oft selbst auf grössere Entfernung hörbar. Es ist nicht zu leugnen, dass für den Aetherisirenden eine grosse Annehmlichkeit hiermit verbunden ist, denn er braucht weniger aufmerksam den Thorax zu beobachten, da er die Respiration mit dem Gehörorgan controllirt.

Dieser scheinbare Vorzug hat indessen seine unangenehmen Seiten. Wir müssen in dieser bedeutenden Anforderung an die Athmungswerkzeuge in vielen Fällen eine Contraindication für die Aethernarcose erblicken. Es wäre in der That riskirt bei schwereren Affectionen der Athmungsorgane (Pneumonie, grosse pleuritische Exsudate, Pneumothorax, Stenosen der Luftwege u. A. m.) die Aethernarcose einzuleiten. Es könnte in solchen Fällen sehr leicht zu einer Insufficienz der Athmungsorgane mit ihren bekannten fatalen Folgen kommen. Vernachlässigt man aber diese Contraindicationen nicht, so läuft man nach unseren Beobachtungen keine Gefahr. Wir haben unter unseren 150 Narcosen in keinem Falle mangelhafte Athmung beobachtet und, seit die Aethernarcose bei uns eingeführt ist, haben wir niemals mehr künstliche Respiration einleiten müssen. Es kommt sehr häufig vor, dass bei frischem Aufgiessen von Aether die Respiration stockt. Dies ist aber dadurch bedingt, dass der Kranke sich sträubt, die aethergeschwängerte Luft einzuathmen. Er fängt aber regelmässig nach kurzer Zeit wieder an ruhig zu athmen.

Eine bei der Chloroformnarcose bekanntlich sehr häufige und unangenehme Erscheinung, das Zurücksinken der Zunge, haben wir nur 4 Mal beobachtet. Dabei genügte es in 2 Fällen, auf kurze Zeit die Kieferstütze zu machen, während in den beiden anderen Fällen die Zungenzange in Anwendung kam.

Den grössten Vorzug der Aethernarcose müssen wir aber in dem Verhalten der Herzthätigkeit erblicken. Niemals habe ich bei der Chloroformnarcose

eine so hohe Pulswelle beobachtet, wie ich sie vielen Collegen nicht selten bei der Aethernarcose demonstriren konnte. In zahlreichen Fällen ist der Puls während der Narcose entschieden kräftiger, als er vor derselben war. Wir hatten nicht selten Gelegenheit zu beobachten, dass ein vor der Narcose irregulärer Puls während derselben regelmässig wurde. Ein bedenklicheres Sinken der Herzthätigkeit haben wir selbst bei langdauernden Narcosen ($1^1/_2$ bis $2^1/_4$ Stunden) niemals beobachtet. Wir hatten Gelegenheit auch in einigen Fällen von allerdings compensirten Herzklappenfehlern Beobachtungen über die Aethernarcose zu machen. Auch in diesen Fällen war die Herzthätigkeit bis zum Schluss der Narcose eine durchaus zufriedenstellende. In einem dieser Fälle war der Puls vor der Aetherisation ziemlich stark arhythmisch, wurde aber während derselben kräftig und regelmässig.

Man könnte erwarten, dass auf die Steigerung der Herzthätigkeit in der Narcose nach Beendigung der letzteren eine Reaction eintritt, indem die Herzthätigkeit nunmehr in entsprechendem Maasse sinkt. Meine Erwartungen wurden indessen zu meiner grossen Zufriedenheit getäuscht. Ich habe in sehr zahlreichen Fällen den Puls auch nach der Narcose wiederholt geprüft und habe niemals ein auffallendes Sinken der Herzthätigkeit constatiren können.

Wenn ich nun auf Grund unserer, allerdings nicht sehr zahlreichen, Beobachtungen die Behauptung aufstelle, dass der Aether viel weniger lähmend auf das Herz wirkt, als Chloroform, so muss ich zugleich ausdrücklich betonen, dass ich keineswegs an der Thatsache zweifle, dass auch der Aether ein Herzgift ist, und dass auch einmal Herzparalyse in der Aethernarcose erfolgen kann Ich habe indessen den Eindruck gewonnen, dass diese Gefahr bei der Aethernarcose sehr viel ferner liegt, als beim Chloroform. Nach dem durchaus zutreffenden Ausspruch Kocher's «liegen beim Aether das Stadium der erwünschten und unerwünschten Wirkung weiter, als beim Chloroform».

Wenn dagegen Cushny[2]) behauptet, dass der Unterschied zwischen Aether und Chloroform kein qualitativer, sondern nur ein quantitativer sei, so muss ich dem entgegenhalten, dass nach unseren Erfahrungen doch auch qualitative Unterschiede bestehen. Dass schliesslich beide durch Athmungs- und Herzlähmung tödten, das genügt noch nicht, um diese Behauptung zu rechtfertigen, denn es giebt doch noch andere Gifte, deren Endeffect derselbe ist, und doch wird es Niemand einfallen, ihre Wirkung als eine mit derjenigen des Chloroform qualitativ identische zu bezeichnen. Aether wirkt zuerst excitirend und erst spät lähmend auf die Herzthätigkeit, während beim Chloroform die erstere Wirkung wegfällt, die Lähmung aber früher eintritt.

Das Verhalten der Pupillen scheint im Ganzen dasselbe zu sein, wie bei der Chloroformnarcose, doch habe ich, selbst bei langdauernden und tiefen Narcosen, nie eine plötzliche Erweiterung der vorher engen Pupille eintreten sehen. Auch scheint mir die Verengerung der Pupille keine so hochgradige zu sein.

Dagegen scheint sich der Cornealreflex anders zu verhalten. Auch ich habe, übereinstimmend mit anderen Autoren (s. Borntraeger, l. c.), gefunden, dass wir in dem Ausbleiben des Cornealreflexes bei der Aethernarkose ein weniger zuverlässiges Zeichen der eingetretenen tiefen Narcose besitzen. Ich lege in dieser Beziehung viel mehr Werth auf die Aufhebung des Muskeltonus.

Von sonstigen Erscheinungen, die wir bei der Aethernarcose beobachtet haben, sei hier noch ein fleckiges Erythem der oberen Brustgegend erwähnt, welches fast ausnahmslos bald nach Beginn der Narcose sich zeigt. Ich glaube es zwanglos durch directe Wirkung der Aetherdämpfe auf die empfindliche Brusthaut erklären zu dürfen.

Ausserdem sei hier noch erwähnt, dass wir ein Mal einen epileptiformen Anfall während der Narcose erlebt haben, der allerdings von kurzer Dauer und ohne üble Folgen war. Der betreffende Patient leidet seit Jahren an Epilepsie.

Was endlich das Stadium exaltationis betrifft, so kommt diese unliebsame Erscheinung leider auch beim Aether relativ häufig zur Beobachtung. Kappeler[3]) schildert es als markirter, länger, bei $^2/_3$ der Narcotisirten stark eintretend, doch stimmt das, wie aus beifolgenden Zahlen hervorgeht, mit unseren Beobachtungen nicht überein. Ob es häufiger oder seltener, stärker oder schwächer ist, als bei der Chloroformnarcose, darüber wage ich nicht, eine bestimmte Meinung auszusprechen. Wir haben es unter 90 Narcosen 42 Mal, also kaum in der Hälfte der Fälle beobachtet. Nur 10 Mal war es stark, 17 Mal mässig und 15 Mal gering. Aus diesen Zahlen ist jedenfalls ersichtlich, dass die Exaltation zu den häufigsten unangenehmen Erscheinungen der Aethernarcose gehört. Wie beim Chloroform, so tritt sie auch beim Aether hauptsächlich bei Potatoren ein. Niemals ist sie aber so stark gewesen, dass sie die Narcose vereitelt hätte, und wir hatten es wiederholt mit ausgesprochenen Schnapstrinkern zu thun. Leider besitze ich keine Erfahrungen darüber, ob durch voraufgehende Morphiuminjectionen dieses Stadium abgeschwächt oder verkürzt werden kann. Auch ist mir nicht bekannt, ob von anderer Seite Beobachtungen darüber vorliegen. Ich finde nur bei Borntraeger (l. c.) die Angabe, dass nach Kappeler die Aethernarcose durch Morphiuminjectionen ungünstig beeinflusst wird.

Die Kranken erwachen, selbst nach langdauernden Narcosen, meist sehr bald, in der grössten Mehrzahl der Fälle innerhalb der ersten $^1/_2$ Stunde. Es wäre zu viel gesagt, wenn ich behaupten wollte, dass ihr subjectives Befinden ein gutes sei; das kann man füglich auch nicht erwarten. So viel kann ich aber auf Grund unserer Beobachtungen mit ruhigem Gewissen sagen, dass sie sich mit wenigen Ausnahmen bedeutend wohler fühlen, als nach einer länger dauernden Chloroformnarcose. Auch nach der Aethernarcose fehlt selten das Gefühl von Uebelkeit, relativ häufig erfolgt auch Erbrechen. Letzteres finde ich unter 90 Fällen 21 Mal verzeichnet, niemals hat es aber stärkere Grade erreicht. Nach 4—5 Stunden, in der Regel aber viel früher, sind fast ausnahmslos sämmtliche Erscheinungen verschwunden, und fühlen sich die Kranken, soweit es ihr sonstiger Zustand gestattet, durchaus wohl. Wir haben also den entschiedenen Eindruck gewonnen, dass die Nachwirkungen nach einer Aethernarcose geringer sind, als beim Chloroform. Mit ganz besonderer Anerkennung müssen wir des weniger heftigen Erbrechens erwähnen, was besonders nach Eingriffen an den Abdominalorganen willkommen ist. Das Befinden unserer Laparotomirten nach der Operation ist, seit Anwendung der Aethernarcose, ein unvergleichlich besseres.

In wenigen Fällen haben wir nach der Narcose psychische Aufregungszustände von 2—5 stündiger Dauer gesehen, und zwar 1 Mal bei einem Epileptiker (welcher schon während der Narcose einen epileptiformen Anfall hatte) und 2 Mal bei hysterischen Frauen.

Was die Zeit betrifft, welche bis zum Eintritt der Narcose verstreicht, so ist sie sehr wechselnd, scheint aber im Durchschnitt grösser zu sein, als beim Chloroform. Das von uns beobachtete Minimum betrug 3 Minuten, das Maximum 25 Minuten. Aus 77 genau beobachteten Fällen ergiebt sich die mittlere Dauer = $10^1/_2$ Minuten. Darunter finde ich allerdings nicht weniger als 19 Fälle

[2]) Cushny, Ueber Chloroform- und Aethernarcose. (Referat im Centralblatt für Gynaekol. 1893, Nr. 7).

[3]) Kappeler. Deutsche Chirurgie, Lfrg. 20.

verzeichnet, in welchen 15 Minuten und mehr bis zum Eintritt der Anaesthesie verstrichen sind, davon 5 Fälle mit 20—25 Min. Diese letzteren, besonders hartnäckigen Fälle betrafen alle ausgesprochene Potatoren. Es unterliegt also keinem Zweifel, dass der Potus die Wirkung beider Anaesthetica in gleicher Weise erschwert. Ich möchte aber bei dieser Gelegenheit ausdrücklich hervorheben, dass es uns nie vorgekommen ist, dass der Aether versagt hätte. Wenn ich zugleich bemerke, dass wir mit Chloroform einen derartigen Fall erlebt haben, so will ich damit keineswegs den Aether als sicherer und zuverlässiger hinstellen, sondern ich möchte ihn nur gegen die Behauptung in Schutz nehmen, dass er häufig versage. Wenn es also auch in einzelnen Fällen recht lange dauert und viel Geduld erforderlich ist, um Anasthesie zu erzielen, so kommt das doch nicht allzu häufig vor und bleibt der schliessliche Erfolg nie aus.

Von 82 Narcosen haben 22 eine Stunde und darüber gedauert, eine Narcose (es handelte sich um eine 55 Jahre alte hochgradig fettleibige, zugleich anaemische Person) dauerte 130 Minuten, wobei 190 CbCm. Aether verbraucht wurden, ohne dass irgend welche üblen Erscheinungen (Asphyxie, kleiner Puls) zur Beobachtung gekommen wären.

Was nun den Aetherverbrauch betrifft, so lässt sich aus 82 Fällen ein mittlerer Verbrauch von 2,1 CbCm. pro Minute berechnen. Etwas günstiger gestaltet sich das Verhältniss, wenn man nur eine Stunde und darüber dauernde Narcosen zur Berechnung dieses Mittels heranzieht. Aus 22 langdauernden Aetherisationen ergiebt sich nämlich ein mittlerer Verbrauch von 1,6 CbCm. Aether pro Minute.

Es ist nun an der Zeit einiges über die Technik der Aethernarcose mitzutheilen.

Der Kranke wird in der auch bei Chloroformanwendung üblichen Weise zur Narcose praeparirt, indem er am Tage vor der Operation ein mildes Laxans erhält. Am Morgen des Operationstages wird dann ein Lavement gemacht und bleibt der Kranke bis zur Operation nüchtern. Behufs Einleitung der Narcose wird der Kranke, bis auf das Hemd entkleidet, auf den Operationstisch in dem bei uns für die Narcose bestimmten Zimmer gelegt, welches an den Operationssaal angrenzt. Künstliche Gebisse und Zähne werden vorher entfernt.

Der Apparat, wie wir ihn benutzen, ist sehr einfach. Er besteht aus einer grossen, das Gesicht vollkommen bedeckenden, aus Draht angefertigten Maske, welche mit einem wasserdichten Stoff überzogen ist. Auf der inneren Seite sind in der Tiefe des Drahtgeflechtes mehrere Lagen Flanell angebracht, welche zur Aufnahme des Aethers bestimmt sind. Die Maske soll man in 2—3 Grössen haben, denn sie soll einigermassen genau auf das Gesicht passen und das ganze Gesicht bedecken. Auf einem Tischchen in der Nähe steht ein Fläschchen aus dunklem Glas mit gut schliessendem Glasstöpsel, welches mit Aether gefüllt ist, sowie ein in CbCm. getheiltes Mensurgläschen, welches 30—50 CbCm. fast.

Was den Aether betrifft, so muss man bestrebt sein, ein absolut reines Praeparat zu beziehen. Wir verwenden Aether sulfuricus Pharmacop. Rossic. edition. IV von dem spec. Gewicht 1,720. Selbstverständlich muss dieses Präparat allen Anforderungen der Pharmacopoe entsprechen. Der von uns bezogene Aether stammt aus Deutschland. Es ist wohl anzunehmen, dass jede Apotheke, selbst auf dem Lande, ein zuverlässiges Präparat verschaffen kann, wenigstens auf besonderen Wunsch des Arztes.

Zweiffel[4]), der ebenfalls die Aethernarcose anwendet, pflegt gleich von vornherein 60 CbCm. Aether aufzugiessen. Die hierbei eintretende Cyanose ist zwar, wie er sagt, hochgradig und sieht beängstigend aus, verschwindet aber bald und involvirt keine Gefahr. Dieses Verfahren schien uns indessen zu heroisch zu sein, und haben wir es zunächst versucht die erste Gabe auf 30 CbCm. zu beschränken. Es wird dann das Gesicht mit der Maske bedeckt und ausserdem mittelst eines um Gesicht und Maske herumgelegten Handtuches ein möglichst hermetischer Abschluss bewerkstelligt. Aber auch bei diesem Vorgehen ist die Cyanose recht stark, und obgleich sie in der That bald verschwindet, so ist diese Methode doch für den Kranken eine ausserordentlich qualvolle. Ich konnte mich jedenfalls nicht eines Gefühls von Angst vor dem gefürchteten Shok erwehren, welcher bei Chloroform erfahrungsgemäss zuweilen vorkommt, wenn bei Beginn der Narcose plötzlich zu viel Chloroform zugeführt wird.

Ich habe es daher versucht, in anderer Weise vorzugehen, und das nunmehr zu beschreibende Verfahren hat sich uns als ein durchaus zweckmässiges bewährt. Ich giesse zunächst 15 CbCm. Aether auf und stülpe die Maske nicht plötzlich über das Gesicht des Kranken, sondern nähere sie demselben langsam, wobei ich den Patienten auffordere, einige tiefe Athemzüge zu machen. Erst nachdem der Kranke dieser Aufforderung gefolgt ist und sich nicht heftig gegen die Inhalation sträubt, bewerkstellige ich den besseren Luftabschuss mittelst des Handtuches. Falls auch jetzt der Kranke ruhig athmet und ein leichter Grad von Betäubung eintritt, so giesse ich noch einmal jetzt schon 20—25 CbCm. auf, nähere langsam die Maske und lege nach einigen Athemzügen das Handtuch um.

Dieses Verfahren ist für den Patienten viel weniger qualvoll, das Gefühl von Angst und Luftmangel fällt ganz weg und fast nie sieht man auch nur eine Spur von Cyanose. Nur wenige Kranke sind so sensibel, dass sie auch bei diesem schonenden Vorgehen sich gegen die Einathmung sträuben, wobei es dann doch zu einem leichteren Grad von Cyanose kommt. Nach den Erfahrungen, die wir mit dieser Methode gemacht haben, sehe ich nicht ein, welchen Zweck es haben kann, den Kranken durch das oben erwähnte rigorosere Verfahren den Qualen der Erstickungsangst auszusetzen. Und das um so weniger, als nach unseren Erfahrungen der Zeitverlust kein wesentlich in Betracht kommender ist, indem es vielleicht höchstens um 2—3 Minuten länger dauert, bis complete Anaesthesie eintritt.

Des weiteren muss man nun bestrebt sein, die Maske nur selten und stets nur auf möglichst kurze Zeit vom Gesicht des Kranken zu entfernen. Man lüftet die Maske, prüft schnell Aussehen, Pupillen, Cornealreflex, oder wischt den Mund aus und lässt gleichzeitig eine frische Portion Aether aufgiessen, jetzt aber meist nur 10—15 CbCm.

Nur wenn es sich um einen schwer zu Narcotisirenden handelt, pflege ich bis zum Eintritt der Narcose noch einige Mal 20—25 CbCm. zu verabfolgen. In der grössten Mehrzahl der Fälle kommt man mit geringeren Gaben aus.

Wie bereits oben erwähnt, hat mir die besten Dienste behufs Controlle, ob complete Narcose eingetreten ist, die Prüfung der Muskelspannung erwiesen. Ganz unzuverlässig ist jedenfalls der reflectorische Lidschlag bei Berührung der Cornea. Wenn keine activen Muskelbewegungen mehr erfolgen, der aufgehobene Arm schlaff herabfällt, der Kranke gleichzeitig den Eindruck eines in tiefem Schlaf daliegenden Menschen macht, dann kann man sicher sein, namentlich wenn ein Exaltationsstadium voraufgegangen war, dass die Narcose eine genügend tiefe ist.

Dass während der ganzen Dauer der Aetherisation Puls und Athmung des Kranken ununterbrochen in der sorgfältigsten Weise controllirt werden, braucht wohl nicht erst besonders hervorgehoben zu werden. Es muss

[4]) Zweiffel. Vorlesungen über klinische Gynaekologie. 1892.

das ebenso peinlich und anhaltend geschehen, wie bei der Chloroformnarcose.

Meist liegt nun der Kranke mit completer Muskelerschlaffung in tiefem Schlaf da. Sein Gesicht ist leicht, nur selten stärker, geröthet, keineswegs aber cyanotisch, auf der Haut der oberen Brustgegend das bereits erwähnte fleckige Erythem. Der Thorax führt ziemlich ausgedehnte Athembewegungen aus, zuweilen sieht man auch die beiden Kopfnicker bei jeder Inspiration sich anspannen. Die Athmung ist oft eine schnarchende, nicht selten ist weit hörbares Trachealrasseln vorhanden, und aus dem Munde quillt schaumiger Speichel hervor, falls stärkere Salivation besteht. In letzterem Fall thut man gut, wenn man den Kopf des Kranken etwas seitwärts dreht und von Zeit zu Zeit den Mund auswischt. Erfolgt Erbrechen, so nimmt man die Maske ab und verfährt wie bei der Chloroformnarcose.

Bei dem Verabreichen neuer Gaben Aether sieht man oft den Kranken stark pressen und den Athem anhalten. Es ist dies ein Zeichen, dass man den richtigen Moment versäumt hat, denn bei genügender Aufmerksamkeit und Uebung gelingt es fast stets, dass der Kranke auch bei erneutem Aufgiessen ebenso ruhig weiter athmet. Gerade hierin besteht die Kunst des Aetherisirens, und ich bin übereinstimmend mit Borntraeger, der Ansicht, dass zur Leitung einer correcten Aethernarcose mindestens ebenso viel Geschicklichkeit und Aufmerksamkeit gehört, wie beim Chloroform.

Auch bei erneuerten Gaben von Aether pflege ich die Maske nicht zu schnell über das Gesicht zu decken sondern lasse gern 1 bis 2 Athemzüge bei einiger Entfernung zwischen Maske und Gesicht ausführen. Unter solchen Umständen pflegt dann der Kranke ruhig, ohne zu pressen oder zu husten, weiterzuathmen. Sollte der Patient eine grössere Reizbarkeit der Kehlkopfschleimhaut bekunden, die sich in häufigen Hustenstössen äussert, so ist diese Vorsichtsmassregel ganz besonders geboten. Man lässt dann dem Kranken neben Aether reichlich Luft zukommen, bis eine gewisse Toleranz eingetreten ist. Es ist mir jedenfalls auf diese Weise wiederholt gelungen, selbst bei beträchtlicher Reizbarkeit tiefe, ungestört verlaufende Narcosen zu erzielen. Man muss eben auch bei der Aethernarcose der Individualität Rechnung tragen. Es giebt noch mehrere kleinere Kunstgriffe, mit deren Hülfe man sich den Besonderheiten des jeweiligen Falles anpassen muss, welche aber kaum zu schildern sind.

Bei Kindern tritt die Aethernarcose sehr schnell und prompt ein. Technisch gestaltet sie sich ganz ebenso, wie beim Erwachsenen, nur sind die Aethergaben kleiner. Ich pflege als erste Gabe je nach dem Alter 5—10 CbCm. zu verabfolgen; nach Eintritt der Narcose gebe ich dann von Zeit zu Zeit nur 3—5 CbCm., um den Schlaf zu unterhalten. Dass Salivation und Trachealrasseln bei Kindern ziemlich häufig und relativ stark zu sein pflegen, ist bereits erwähnt.

Nie darf man vergessen, dass der Aether ausserordentlich leicht entzündlich ist und dass durch Vernachlässigung dieses Umstandes schwere Körperschädigungen resultiren können. Man sei also besonders vorsichtig mit den Narcosen bei künstlicher Beleuchtung und bei Anwendung des Thermocauter.

Zum Schluss sei noch einmal erwähnt, dass es eine Anzahl von Fällen giebt, wo der Aether contraindicirt ist. Hierher gehören sämmtliche schweren Erkrankungen der Luftwege (Pneumonie, stärkere Bronchitis, grössere pleuritische Exsudate, Stenosen der Luftwege etc.) Unbequem ist die Aethernarcose bei allen langdauernden Operationen im Munde und am Gesicht überhaupt. Uebrigens haben wir eine Ausräumung der Orbita in Aethernarcose ohne Störung ausgeführt, sowie mehrere kleinere Operationen am Gesicht.

Um ein endgültiges Urtheil darüber fällen zu können, ob dem Aether oder dem Chloroform der Vorzug gebührt, muss man grössere statistische Daten abwarten. Wenn aber auf Grund eines so geringen Materials, wie das unserige, ein Urtheil gestattet ist, so würde dasselbe dahin lauten, dass wir das Chloroform zwar nicht ganz entbehren können, dass wir aber seinen Gebrauch auf ein Minimum beschränken, indem wir in dem Aether für die meisten Fälle ein, wie uns scheint, minder gefährliches (aber auch nicht gefahrloses) Anaestheticum besitzen. In wie weit dieser Grundsatz richtig ist, wird die Zukunft lehren.

Zum Schluss erfülle ich eine angenehme Pflicht, indem ich meinem hochverehrten Chef, Herrn Dr. med. E. Fricker meinen aufrichtigen Dank für die gütige Ueberlassung des Materials ausspreche.

Referate.

F. Soxhlet: Die chemischen Unterschiede zwischen Kuh- und Frauenmilch und die Mittel zu ihrer Ausgleichung. (Münch. medic. Wochensch. Nr. 4).

Von der grössten Wichtigkeit für die künstliche Säuglingsernährung sind bekanntlich die chemischen Unterschiede zwischen der Frauen- und Kuhmilch; vor Allem ist es der Unterschied in der Gerinnungsfähigkeit des Kuhmilch- und des Frauenmilch-Caseins, der besonders hevorgehoben wird. Dass das Casein der Kuhmilch bei Säurezusatz viel fester und derber gerinnt, als die Frauenmilch, ist gar kein wesentlicher Punkt, da es sich für den Chemismus des Säuglingsmagens nicht um Säurewirkung, sondern um die Einwirkung des Labferments auf die Milch handelt. Die Derbheit und Dichte des durch das Labferment des Magens abgeschiedenen Caseingerinnsels hängt nun ganz wesentlich ab von a) der Concentration der Caseinlösung b) dem Gehalte an löslichen Kalksalzen und c) der Acidität der Lösung. Da die Kuhmilch etwa doppelt so viel Casein, 6 mal so viel Kalk und 3 mal so hohe Acidität hat, als die Frauenmilch, so ist die Gerinnungsart der Milch auch viel ungünstiger. Durch Wasserzusatz zur Kuhmilch könnte man die Menge des Caseins gleichstellen, aber hierfür ist eine Grenze gesetzt durch den Umstand, dass bei starker Verdünnung eine zu grosse Wasserzufuhr und dadurch eine Magenüberladung nöthig wird. Eine Verminderung der 6-fachen Menge von Kalksalzen in der Kuhmilch lässt sich nicht erreichen, dagegen könnte man die hohe Acidität wohl durch Neutralisation herabsetzen. Da aber das Kochen die neutralisirte Milch ungeniessbar macht, so ist die Neutralisirung nur durch Zusatz von Bicarbonatpastillen (0,1 : 100 Milch) nach erfolgter Sterilisation möglich; somit sind wieder Momente zur Inficirung der Milch gegeben. Es bleibt somit der Wasserzusatz als der geeignetste Weg zur Erreichung der leichteren Gerinnbarkeit der Milch. Einen Ersatz des Wassers durch die bekannten schleimigen Abkochungen verwirft S. entschieden, günstige Angaben hierüber sind, da sie sich nur auf künstliche Verdauungsversuche mit Säuren beziehen, völlig werthlos. Da die Kuhmilch auf 100 Theilen + 1,26 Eiweissstoffe, — 0,09 Fett, — 1,33 Milchzucker gegenüber der Frauenmilch enthält, so ist, um den Unterschied im Eiweiss und dem Milchzucker zu verbessern, die Vermischung der Kuhmilch mit einem Halbtheil 6-procentiger Milchzuckerlösung erforderlich. Um aber auch den in dieser Mischung gegenüber der Frauenmilch bestehenden Fettmangel zu ersetzen, empfiehlt S. die Zufuhr von Kohlehydrat, also von Milchzucker (243 Theile Milchzucker sind 100 Theilen Fett isodynam). Durch Vermischen der Kuhmilch mit einem Halbtheil 12,3 pCt. Milchzuckerlösung erhält man ein Gemisch, welches dieselben Nährstoffmengen, wie die Frauenmilch enthält, nur mit der geringen Abweichung, dass ein Drittel des Fettgehalts durch die gleichwerthige Menge Milchzucker vertreten ist. Auf ganz dieselbe rationelle Grundlage stützt sich eine Vorschrift, welche Heubner und Hoffmann ausgearbeitet haben. Dieselben empfehlen für 1—9 monatliche Kinder eine Mischung, bestehend aus einem Theil Kuhmilch und einem Theil einer Milchzuckerlösung, welche 69 g. im Liter enthält. Ihre Vorschrift, von Soxhlet etwas modificirt lautet: Für gewöhnlich wird nur die Mischung bestehend aus 1 Theil ca. 6-procentiger Milchzuckerlösung und 1 Theil Kuhmilch, verwendet.

Für 1 Monat alte Kinder: 8 Flaschen à 150 g. gefüllt mit 75 g. der Mischung, also halb so voll gefüllt, als die Gebrauchsanweisung vorschreibt. In das Mischglas kommen: 3 Theilstriche Wasser, 6 glatt abgestrichene Kaffeelöffel voll feingepulverten Milchzucker (= 18,9); nach 1—2 Minuten lan-

gem Umrühren, nachdem sich der Milchzucker gelöst hat. werden 3 Theilstriche Kuhmilch hinzugemischt.

Für 2—3 Monate alte Kinder: 7 Flaschen, à 150 g., gefüllt mit je 125 g. der Mischung, d. h. anderthalb Centimeter oder ein Finger breit tiefer eingefüllt, als die Gebrauchsanweisung vorschreibt. In das Mischglas kommen 4½ Theilstriche Wasser, 9 abgestrichen volle Kaffelöffel Milchzucker und 4½ Theilstriche Milch.

Für über 3 Monate alte Kinder: 6—8 Flaschen à 150 g. vollgefüllt nach der Gebrauchsanweisung zum Soxhlet'schen Apparat. In das Mischgefäss kommen: 6 Theilstriche Wasser (bei 8 Flaschen), 12 volle Kaffeelöffel von Milchzucker und 6 Theilstriche Milch.

Verf. macht noch besonders aufmerksam auf die hohe physiologische Bedeutung des Milchzuckers und giebt eine kurze Zusammenstellung der auf Grund neuester Forschung anerkannten Thatsachen.

Abelmann.

R. Werth: Ueber posttyphöse Eiterung in Ovariencysten. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21).

Werth ovariotomirte eine 29 Jahre alte Pat., die vor mehr als 6 Monaten einen Abdominaltyphus durchgemacht hatte. Die ziemlich dünnwandige, partiell dermoide Cyste wies zahlreiche Verwachsungen mit dem entzündeten Netze auf. Der Cysteninhalt bestand aus serösem Eiter von unangenehm fadem Geruch. Mikroskopisch fanden sich ziemlich wenig Leukocyten, viel Detritus, in Deckglaspräparaten keine Mikroorganismen. Die Untersuchung der in einem sterilen Gefässe aufgefangenen Cystenflüssigkeit war anfangs keineswegs auf den Nachweis von Typhusbacillen gerichtet. Das eigenthümliche morphologische und culturelle Verhalten des in weisslichen Colonien wachsenden Bacillus führte jedoch bald auf die richtige Spur. Es konnte der Typhusbacillus als einziger Bestandtheil der angelegten Culturen mit allen Vorsichtsmaassregeln beim Stellen der Diagnose nachgewiesen werden. Der Colonbacillus konnte auch mit Hülfe der neuerdings von Dunbar verlangten Reactionen ausgeschlossen werden. Verf. legt besonderes Gewicht auf Begründung seiner bakteriologischen Diagnose, da in der Mehrzahl der Mittheilungen über Befunde von Typhusbacillen in Entzündungs- und Eiterheerden die Diagnose Typhusbacillus auf Grund von Kennzeichen ausgesprochen worden ist, welche nach dem jetzigen Stande unseres Wissens nicht mehr für ausreichend zur Unterscheidung von ähnlichen Formen, besonders vom Colonbacillus, gelten können. Die Fähigkeit des Typhuserregers, nach Ablauf der von ihm hervorgerufenen specifischen Local- und Allgemeinerkrankung noch in dem befallenen Organismus seine parasitische Existenz nur unter Erzeugung einer local beschränkten Entzündung resp. Eiterung fortzusetzen, wird durch diesen Fall nochmals bewiesen. Diese Erfahrung steht in vollem Einklange mit der übrigens vorwiegend experimentell begründeten Anschauung, dass die Heilung von Infectionskrankheiten durch Entwickelung von Schutzkörpern im erkrankten Individuum herbeigeführt wird, welche ihre Wirkung weniger gegen den eingedrungenen Krankheitserreger, als gegen das von ihm erzeugte Krankheitsgift kehren. Phlogogene und pyogene Fähigkeiten scheint der Typhusbacillus erst in dem von Natur immunen oder durch Ueberstehung der Krankheit giftfest gewordenen Körper entfalten zu können. Es geht dies hervor theils aus dem von verschiedenen Untersuchern erzielten positiven Ausfalle des Versuches, locale Eiterung bei den an sich gegen Typhus immunen Thieren durch Infection mit Typhusbacillen hervorzurufen, theils aus der am Menschen gemachten Erfahrung, nach welcher secundäre, durch den Typhuskeim hervorgerufene Eiterung erst in den späteren Stadien der Krankheit, oder gewöhnlich sogar erst nach deren Ablauf zur Entwickelung gelangt. Ausser diesem bakteriologisch genau untersuchten Falle führt Werth aus seiner Erfahrung einen zweiten analogen Fall an, der nach der Laparotomie zu Grunde ging, wo die Eiterung in der Cyste gleichfalls wahrscheinlich durch Typhusbacillen hervorgerufen war. Der Fall wurde jedoch bakteriologisch nicht untersucht.

W. Beckmann.

Stoffella: Zur Bestimmung der Grössenverhältnisse der linken Herzkammer. (Intern. klinisch. Rundschau Nr. 18).

Um sich über die Grössenverhältnisse des linken Ventrikels zu unterrichten genügt nach Prof. Stoffella in Wien die Vornahme der Percussion in der Rückenlage des Kranken nicht. Es ist vielmehr nothwendig dieselbe auch bei aufrechter Stellung des Pat. auszuführen. Unter normalen Verhältnissen ist die absolute Herzdämpfung in Rückenlage oder aufrechter Stellung gleich gross, oder reicht in letzterer um etwa 1 Querfinger weiter nach aussen, wobei jedoch der bezügliche Zuwachs der Dämpfung niemals in einem vollständig leeren, sondern nur in einem weniger vollen und dabei mehr oder weniger gedämpften Percussionsschalle besteht. Bei vorhandener Hypertrophie des linken Ventrikels findet man dagegen beträchtliche Unterschiede, je nachdem der Kranke eine liegende oder aufrecht stehende Haltung einnimmt. Es können Unterschiede der Dämpfungsgrösse bis 3 Querfingerbreiten beobachtet werden. Gleichzeitig rückt im Stehen auch der fühlbare Spitzenstoss nach aussen. Die Zunahme der Dämpfung macht sich in ausgesprochen dumpfem Perkussionschall (Schenkelton Skoda) geltend. Am prägnantesten wird diese Zunahme der Herzdämpfung nach links, wenn man den Kranken den Oberkörper im Stehen etwas nach vorn überbeugen lässt. Die Erklärung für diese Erscheinung ist einfach. Ein hypertrophisches Herz, das ja naturgemäss schwerer ist als ein normales Herz, sinkt in Rückenlage zurück, gleichzeitig rücken die umgebenden Lungenpartien vor. Daraus ergiebt sich eine Zunahme in der Ausdehnung des hellen Lungenschalls in der Regio cardiaca. Beim Stehen oder in vornübergebeugter Haltung sinkt das Herz nach vorne und verdrängt die angrenzenden Lungenabschnitte. Diese Erscheinung ist von nicht geringem klinischen Werth, und macht Stoffella darauf besonders aufmerksam, da die einschlägigen Hand- und Lehrbücher dieselbe nicht erwähnen.

W. Beckmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

G. Guttmann: Grundriss der Augenheilkunde. Ein Compendium für Studirende und Aerzte; mit 93 Figuren im Text und einem Durchschnitt des Auges. — Stuttgart 1893. Ferd. Enke. — 292 S.

Vorliegendes Compendium soll dem Studenten als Repetitorium, dem Arzte als Berather in der Praxis dienen. Es erfüllt seinen Zweck, da es in möglichst gedrängter Form, öfter fast im Telegrammstyl, einen recht vollständigen Ueberblick über die ganze Augenheilkunde giebt; nur die Operationen sind ganz kurz abgefertigt. Das ist nur zu billigen, da sich Niemand aus einem Compendium die Kenntniss von Operationen holen wird. Es fragt sich aber, ob solche Compendien überhaupt nöthig sind, da der Student doch nach einem ausführlicheren Buch arbeiten muss und dann wohl auch nach ihm repetiren wird: der Arzt aber dürfte es auch wohl vorziehen in dem Buche, nach welchem er gearbeitet, oder in einem ausführlicheren neuen sich nöthigen Falles Rath zu holen. — Druck und Ausstattung sind vortrefflich.

Schroeder.

A. Roth: Die Doppelbilder bei Augenmuskellähmungen in symmetrischer Anordnung. Berlin 1893. Aug. Hirschwald.

Die Schwierigkeit, die Stellung der Doppelbilder bei Lähmung der verschiedenen Augenmuskeln stets sich gegenwärtig zu halten oder sie von der Zugrichtung der Muskeln abzuleiten, eine Schwierigkeit, die meist erst nach längerer praktischer Uebung und Erfahrung überwunden zu werden pflegt, — hat schon öfter die Herstellung von Doppelbildertafeln veranlasst. Die dabei zu erfüllenden Forderungen sind zweckmässige Anordnung und übersichtliche Darstellung. Der ersten Forderung werden die R.'schen Tafeln vollkommen gerecht, indem sie symmetrisch für das linke Auge des Beobachters oder das rechte Auge des Beobachteten die Stellung der Doppelbilder in den neun Hauptstellungen des Auges angeben und gleichzeitig durch die durch Pfeile angegebene Zugrichtung der Muskeln eine Ableitung der Entstehung der betreffenden Doppelbilder ermöglichen. Die Uebersichtlichkeit der Darstellung leidet aber etwas durch die Wahl kleiner, rundlicher schwarzer resp. schraffirter Figuren, welche die Doppelbilder repräsentiren. Längliche verschiedenfarbige Figuren wären viel zweckmässiger gewesen. — Der Text ist ganz kurz, aber genügend.

Schroeder.

Prof. Jacob Heiberg: Schema der Wirkungsweise der Hirnnerven. Ein Lehrmittel für Aerzte und Studirende. Zweite Auflage. Wiesbaden 1893. J. F. Bergmann.

Durch sinnreiche Combinirung verschiedenfarbigen Druckes ist es H. gelungen, auf zwei kleinen Octavseiten eine vollkommene übersichtliche Darstellung der Wirkungsweise der Hirnnerven zu geben, welche dem Studirenden zur Erlernung derselben, dem praktischen Arzt in zweifelhaften Fällen ein gleich erwünschtes häusliches Hülfsmittel sein wird. Der Text giebt in kürzester Form an, welche Theile des Körpers der betreffende Nerv innervirt. Für die motorischen Nerven ist die rothe Farbe, für die sensitiven die gelbbraune, für die specifischen die blaue gewählt. Demnach sind Oculomotorius, Trochlearis, Abducens, Accessorius und Hypoglossus sowie die von ihnen innervirten Theile nur mit rothen Buchstaben gedruckt, Olfactorius, Opticus und Acusticus nur mit blauen

während bei den übrigen gemischten Hirnnerven die Verschiedenfarbigkeit der Buchstaben des Namens des Nerven und seiner Aeste die Zusammensetzung aus motorischen, sensitiven, und specifischen Fasern angiebt und in gleicher Weise bei den innervirten Theilen es auf den ersten Blick ersichtlich ist, was für Fasern sie von diesen Nerven erhalten. Der Gedanke ist sehr praktisch, die Ausführung eine geschickte und übersichtliche. Schroeder.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 13. April 1893.

1. Herr Hagentorn berichtet über 3 von ihm behandelte Pat., denen von Mörderhand multiple Wunden durch Beilhiebe beigebracht waren. Ein Pat. erlag den Folgen der Wunden, die beiden anderen Genesenen werden demonstrirt. Der erste der vorgestellten Pat. kam zu H. mit zahlreichen Wunden im Gesicht, am Schädel und linken Unterarm. Ausserdem hatte derselbe eine 6 Zoll lange penetrirende Wunde vorn auf der linken Thoraxhälfte. Es waren die II—IV Rippe durchschlagen, ausserdem noch die II Rippe an einer zweiten Stelle weiter nach aussen fracturirt. Durch die Wunde war der grössere Theil des linken oberen Lungenlappens und ein Drittel des linken Unterlappens prolabirt. Die mit Schmutz und Blut bedeckte Lunge wurde abgewaschen und in den Thorax reponirt, zeigte aber die Tendenz wieder vorzufallen. H. vereinigte die II. und III. Rippe mit Draht und vernähte den Pectoralis und die Hautwunde. In den oberen und unteren Wundwinkel wurden Drains eingelegt. Pat. hatte 5—6 Tage lang Bluthusten, schien aber sonst wenig zu leiden. Percutorisch konnte in der Pleurahöhle Exsudat nicht nachgewiesen werden. Jetzt ist Heilung bis auf eine Fistel eingetreten, das Herz liegt an normaler Stelle, über der linken Lunge besteht leicht abgeschwächtes Athmen.

Die zweite Pat. eine ältere Frau hatte Wunden am Rücken, eine penetrirende Wunde im linken Ellenbogengelenk und mehrere Wunden am Schädel, darunter eine 3 Wershok lange Wunde am Hinterkopf, die die Schädelknochen durchsetzte. Pat. genas fast ohne Temperatursteigerung.

Der dritte gestorbene Patient hatte eine penetrirende Thoraxwunde, die 4 Zoll lang war und den II. rechten JCR. betraf, sich von dort über die Breite des Manubrium sterni erstreckend. Pat. wurde in desolatem Zustande fast pulslos in's Krankenhaus gebracht. Es bestand starke Cyanose. in der Wunde schien die rechte Lunge eingeklemmt zu sein. Von der VI. Rippe an Dämpfung, Pat. sprach mit gequetschter Stimme, die an die Aegophonie erinnerte Es wurde zunächst ein antiseptischer Verband angelegt, doch musste schon am nächsten Tage wegen einer starken venösen Blutung ein Theil des Sternums resecirt werden, um die Quelle der Blutung zu finden. Nach Unterbindung der Vena mammaria und Tamponade der Wunde stand die Blutung. Pat., der vom ersten Tage an hoch fieberte, ging am 11 Tage septisch zu Grunde. Bei der Section fand sich die rechte Lunge im unteren vorderen Abschnitt mit der Pleura costal. verwachsen, hinten bestand Hämatopneumothorax mit über 1 Pfd. flüssigen dunklen Blutes. Ausser den Erscheinungen der Sepsis fand man als Nebenbefund den frei beweglichen proc. vermiformis mit Pseudomembranen belegt. In der Nähe des Endes des auf dem Durchschnitt verdickten Fortsatzes fand sich eine durch circuläre Einziehungen abgeschnürte Stelle und dieselbe bildete einen weinbeerengrossen, sehr dünnwandigen, etwas pigmentirten Körper mit gelblich schleimig-eitrigem Inhalt.

2. Herr von Schröder spricht über Verstopfung des unteren Thränenröhrchens durch Pilzmassen (Actinomyces). Der Vortrag ist zum Druck bestimmt.

Herr Westphalen hat ausser diesem Fall noch vier mal Actinomycose durchs Mikroskop diagnosticirt. Alle diese Fälle gaben dieselben mikroskopischen Bilder, wie der in Rede stehende. Im Allgemeinen kann die Diagnose auf Actinomycose leicht gestellt werden. Nach Israel ist eine Verwechselung nur mit Leptothrix möglich. Doch sind die Leptothrixfäden nie verzweigt, immer gerade, auch breiter als die Actinomycesfäden, ferner färben sich erstere mit Jodsalzen violett. Der Actinomycespilz ist eine Cladothrixart, er bildet schwefelgelbe Körner die aus verzweigten Fäden und Kolben bestehen. Die Verzweigbarkeit der Fäden gilt als charakteristisch. Die Kolben sind nach Boström als nekrobiotische Zustände aufzufassen. Als nebensächliches Charakteristicum gilt die schwere Färbbarkeit. Nach Gram färben sich die Fäden leichter, die Kolben sehr schwer, nur nach langem Liegen in der Farbe. Als Hilfsmoment bei der Diagnose kann das eventuelle Vorkommen von Kalkconcrementen bei Actinomycose herangezogen werden. Beim Rinde sind Petrificationen häufig. W. glaubt, dass in den früher in der Literatur beschriebenen Fälle von Verstopfung des Thränenröhrchens durch Streptothrix Foersteri nichts anders als Actinomycose vorgelegen hat.

Herr von Schröder meint, dass mit Schleimhaut ausgekleidete Hohlräume wie die Thränenröhrchen das Wachsthum des Pilzes vielleicht hintanhalten und durch Bildung reactiven Gewebes, ohne dass es dabei zum Zerfall kommt, das Eindringen des Pilzes in's Gewebe verhindert wird.

Herr Tiling weist darauf hin, dass die Farbe des Actinomycespilzes wechselt und vom Alter abhängig ist. Die Farbe kann von braungelb bis grün resp. schwarz sein. Zum Theil ist dies von Blutextravasaten abhängig. Die Eiterung ist bei Actinomycose stets accidentell, selbst sehr grosse Infiltrate hat T. ohne Eiter gesehen. Die Krankheit wird jetzt als ungefährlich angesehen, der Procentsatz der Heilungen ist ziemlich hoch. Nach Partsch kommen auch spontane Heilungen vor. Von anderen Pilzen unterscheidet sich der Actinomycespilz durch sein Verhalten gegen die Gewebe. Er nimmt seinen Weg selten längs den Lymphräumen, hat viel mehr die Neigung sich in grader Richtung zu entwickeln, wobei er Fascien und selbst Knochen durchbricht.

Herr Wanach erwähnt einen in der Хирургическая Лѣтопись beschriebenen Fall von Actinomycose des Unterkiefers, in welchem der Pilz durch die Schleimdrüsen der Unterlippe eingedrungen war.

Herr Tiling: Bretharte Infiltration ohne Schwellung der Drüsen gilt als diagnostisch wichtiges Moment bei reinen Fällen. Bei Drüsenschwellungen handelt es sich stets um Complication mit eitererregenden Coccen. Actinomycose ohne Infiltration kommt beim Pferde als granulöse Geschwulstbildung vor, die früher auch als Sarcom diagnosticirt wurde. Beim Menschen ist Aufblähung von Knochen durch Actinomycespilze nicht beobachtet worden, wohl aber bei Rindern.

Sitzung am 27. April 1893.

1. Herr Westphalen spricht über Hypersecretion und Hyperacidität des Magensaftes.

Herr Moritz glaubt nicht, dass das Ulcus ventriculi bei Russen so selten ist als Westphalen annimmt. Die Theorie von Sohlern's über die geographischen Verbreitungsbezirke des runden Magengeschwürs sieht er nicht als bewiesen an. Er fragt an, wie häufig Westphalen Hyperacidität und Hypersecretion beobachtet habe.

Herr Westphalen glaubt, dass auf 3—4 einfache Gastritisformen ein Fall von Hypersecretion und Hyperacidität komme. Unter etwa 1000 ambulanten Magenkranken sah W. 40—50 Fälle von Hypersecretion.

Herr Assmuth erinnert an die zur Zeit der Magenverdauung eintretende transitorische Phosphaturie, die bekanntlich Hand in Hand geht mit der eintretenden Subacidität des Harnes. Er fragt an, ob Westphalen bei seinen an Hyperacidität leidenden Kranken Phosphaturie beobachtet habe.

Herr Westphalen hat darauf speciell nicht geachtet und kann nur angeben, dass der concentrirte Harn seiner Kranken stets klar gewesen ist.

2. Herr Petersen macht einige Angaben über die Ausbreitung der Lepra in Russland. Auf seinen Vorschlag werden vom Medicinaldepartement seit dem Jahre 1887 Daten über die Lepra von den Gouvernements-Medicinalinspectoren eingefordert. Aus diesen officiellen Berichten geht hervor, dass im Jahre 1888 in 35 Gouvernements 664 Lepröse, 1889 in 41 Gouvernements 792 und 1890 in 46 Gouvernements 839 Leprakranke gezählt wurden. Es ist also eine Zunahme der Krankheit zu constatiren. Die Zahlen selbst haben nur relativen Werth, da sie viel zu klein sind. In Wirklichkeit ist die Zahl der Leprösen eine viel grössere, wie eine Privatstatistik Petersens für Livland beweist. Die Verbreitung der Krankheit in Russland scheint von gewissen Centren auszugehen. Als solche Centren sind zu nennen: Livland, Curland, Bessarabien, Dongebiet, Jekaterinoslaw, Astrachan und Turkestan. Stellvertr. Secretär: W. Beckmann.

Wir erhalten folgende Zuschrift:

Zum Schutze geistigen Eigenthums.

Von

Dr. P. Werner — Börsenhospital.

Der grosse Nutzen, ja die Unentbehrlichkeit des sog. «beweglichen Objecttisches» bei vielen mikroskopischen Untersuchungen steht jetzt ausser Frage.

In den Preiscouranten der besseren Firmen finden sich solche Objecttische, welche alle nach demselben Princip construirt sind und nur in Unwesentlichem Unterschiede zeigen. In keiner dieser Publikationen, wie auch überhaupt nirgend, wird angeführt, nach wessen Angabe dieses Instrument construirt worden, wem wir diese Erfindung zu verdanken haben.

Der Erfinder aber ist ein russischer Arzt, Dr. med. Aristarch Jw. Smirnow.

Es ist viele Jahre her, dass ich Zeuge war, wie dieser College sich unter den schwierigsten Verhältnissen, denen jede weniger kräftig beanlagte Natur erlegen wäre, den Weg zum Studium der von ihm geliebten Wissenschaft erkämpfte.

Im Jahre 1885 ersann Dr. Smirnow, damals Stadtarzt und zugleich Privatdocent in Kasan seinen zuerst «Mikrotopograph», später «Mikrostat» genannten Apparat, welcher

darauf, ohne dass der Erfinder genannt worden wäre, von Deutschland aus verbreitet wurde und jetzt bereits überall eingeführt ist.

Nachdem der Apparat nach seinen Angaben in der Werkstatt der Universität Kasan hergestellt worden war, überzeugte sich Dr. Sm. nochmals von dem Nichtvorhandensein eines solchen Instrumentes.

In den Catalogen der bekannteren mikroskopischen Werkstätten fand sich nichts ähnliches; nur von der Firma Klönne u. Müller war ein Apparat unter der Benennung «Pendelobjectrahmen oder Bacteriensucher» angeboten. Doch war das Princip desselben ein ganz anderes, welches sich nicht bewährte, wesshalb auch danach construirte Apparate keine Verbreitung fanden und von der Bildfläche verschwanden.

Als Princip der Einrichtung des Smirnow'schen «Mikrostates», nach welchem eben alle jetzt verbreiteten Objecttische construirt sind, diente «der geometrische Satz, dass jeder Punkt der Oberfläche durch seine Entfernung von zwei beständigen Punkten oder Linien, die in derselben Fläche liegen, bestimmt wird» [1]) Nachdem sich der Erfinder von der Vorzüglichkeit seines Apparates überzeugt und denselben der Gesellschaft der Aerzte in Kasan demonstrirt hatte, veröffentlichte er denselben in der «Russkaja Medicina», Nr. 27, 1886. Da aber bei uns die optischen Werkstätten gar keine Initiative entfalten, Dr. Smirnow aber eine praktische Verwerthung wünschte, so liess er auch eine Veröffentlichung in deutscher Sprache im «Archiv f. mikr. Anatomie» erfolgen.

Aus der Beschreibung nebst genauer Zeichnung in diesem Artikel, überzeugt man sich zur Evidenz, dass die jetzt verbreiteten beweglichen Objecttische genau nach der Angabe des Dr. A. Smirnow construirt sind. Verändert sind ganz unwesentliche Dinge, z. B. die Feder, welche das Objectglas zu halten bestimmt ist, die unbewegliche Platte. Das Wesentliche bleibt überall gewahrt: die Beweglichkeit in zwei sich kreuzenden Richtungen und die Möglichkeit des Ablesens der jeweiligen Entfernung beliebigen Punktes im Präparat an verticaler und horizontaler Scala, wodurch es gelingt, jede Stelle schnell, — etwa in 1 Minute — wiederzufinden.

Nicht uninteressant ist es, noch einiges über die Schicksale des Sm. Mikrostates zu erfahren.

Auf die im Auslande erschienene Veröffentlichung erfolgte eine Reaction nur von einer Stelle. Eine englische Firma «Dulan u. Co. Booksellers, London, W.» ersuchte um gefl. Uebersendung des Mikrostates zum Zweck der Ausstellung in seinem Museum». Dr. S. willfahrte dem Verlangen, wartete lange Zeit geduldig, erhielt aber auf seine brieflichen Forderungen der Rücksendung keine Antwort. Nach Jahr und Tag erfuhr er durch eine Eröffnung des Departement für Zollabgaben, dass sein «Chirurgisches» Instrument bei der Rückkehr ins Vaterland wegen nicht vorschriftsmässiger Verpackung an der Grenze angehalten und auctionsweise verkauft worden sei. Sein Protest blieb unberücksichtigt, weil der Verkauf auf «gesetzlicher Grundlage» erfolgt sei. Darauf hatte Dr. S. das verhältnissmässige Glück, sich an die Commissionsfirma «Leuzinger-Bouvin, Eydtkuhnen-Wirballen, zu wenden. Durch die liebenswürdige und uneigennützige Intervention dieser Firma erhielt der Erfinder nach 2 Jahren, 1890, seinen Apparat zurück, nach mancherlei Mühen und Kosten.

Dr. A. Smirnow [2]) selber betrachtet diese Angelegenheit als abgethan. Es wäre aber nur Erfüllung einer Forderung der Gerechtigkeit, wenn der Vorschlag angenommen würde, den besprochenen Apparat «A. Smirnows beweglicher Objecttisch» zu benennen.

Wir erhalten folgende Zuschrift:

Hochgeehrter Herr Redacteur!

Nachfolgende Bemerkung bitte ich Sie in Ihr geehrtes Blatt aufzunehmen; in der Nr. 23 der «St. Petersburger medicinischen Wochenschrift» ist eine Notiz unter «Vermischtes», bezüglich der Irrenheilanstalt Rothenberg enthalten. Ich erinnere mich nicht ähnliche Urtheile über Besetzung von Arztstellen an Petersburger Hospitälern in der Wochenschrift gelesen zu haben, obgleich es doch kaum anzunehmen ist, dass die Redaction mit den dortigen Besetzungen persönlich immer einverstanden gewesen ist.

Was Rothenberg betrifft, so konnten durch die entstandene eine Vacanz jedenfalls nicht zwei Collegen dauernd der Anstalt erhalten werden. Ferner, wenn dem Verfasser der Notiz auch die wissenschaftliche Tüchtigkeit und Pflichttreue der genannten Collegen vollauf bekannt war, so berechtigte ihn das doch noch nicht zu Vorwürfen gegen den Wahlkörper, der auch bei dieser Gelegenheit die Interessen der Anstalt zu wahren gesucht hat.

Genehmigen Sie etc.

Director Dr. Th. Tiling.

[1]) Dr. A. Smirnow: Der Mikrostat. «Archiv f. mikroskop. Anatomie» Bd. XXIX.

[2]) Gegenwärtig Medicinalinspector in Jarosslawl.

Als Verfasser der von Herrn Dr. Th. Tiling beanstandeten Notiz bemerke ich zu der vorstehenden Zuschrift Folgendes:

Die Besetzung von Arztstellen, speciell auch an Petersburger Hospitälern, ist häufig in der Wochenschrift ausführlich besprochen worden, wobei es zuweilen selbst an scharfen Rügen nicht gefehlt hat. Ich verweise Herrn Dr. Th. Tiling, da er sich an diese Besprechungen nicht erinnert, auf Jahrgang 1885 der Wochenschrift pag. 81, 390, 406, 414, Jahrgang 1886 pag. 75, 159, Jahrgang 1887, pag. 249. Bei genauerem Suchen würden sich ähnliche Urtheile bis in die jüngste Zeit hinein in der Wochenschrift nachweisen lassen, doch dürften die angeführten genügen.

Die Bemerkung, dass «durch die entstandene eine Vacanz nicht zwei Collegen dauernd der Anstalt erhalten werden konnten» hat mit der Notiz nichts zu thun, da in derselben kein Wort über den Modus, wie der Weggang der beiden Collegen hätte vermieden werden können, gesagt ist.

Das Leben von communalen Institutionen, soweit es sich öffentlich äussert, unterliegt meiner Ansicht nach der öffentlichen Kritik. Die Presse hat das Recht, Vorgänge des öffentlichen Lebens nicht nur zu registriren, sondern auch zu beurtheilen. Wenn Herr Dr. Th. Tiling andrer Ansicht ist, so kann ich nur mit Bedauern constatiren, dass ich ihm nicht beipflichte.

Dass der Wahlkörper die Interessen der Anstalt zu wahren gesucht hat, habe ich in der beregten Notiz nicht bezweifelt — das muss auch ohne ausdrückliche Versicherung als selbstverständlich vorausgesetzt werden. Gern würde ich mich aber überzeugen lassen, dass durch die Dinge, wie sie geschehen sind, auch in der That der Anstalt genützt ist. Im Allgemeinen wird wohl zuzugeben sein, dass es einer Anstalt nicht dienlich ist, wenn Aerzte, deren wissenschaftliche Tüchtigkeit und Pflichttreue auch in weiteren Kreisen anerkannt ist, sich veranlasst sehen, nach jahrelangem nützlichem Wirken ihre Thätigkeit aufzugeben. Weshalb der vorliegende Fall anders beurtheilt werden soll, ist aus der Zuschrift des Herrn Dr. Th. Tiling nicht zu ersehen.

Rudolf Wanach.

Vermischtes.

— Zum Nachfolger des verstorbenen Prof. Kahler auf dem Lehrstuhl der inneren Medicin und als Leiter der zweiten medicinischen Klinik an der Wiener Universität ist von dem Wiener Professorencollegium, nachdem Prof. Erb (Heidelberg) die Berufung abgelehnt hat, Prof. Dr. Bernhard Naunyn in Strassburg (früher bekanntlich Leiter der therapeutischen Klinik in Dorpat), einstimmig dem Ministerium vorgeschlagen worden.

— Zum Decan der Wiener medicinischen Facultät ist für das Lehrjahr 1893/94 der Professor der Pharmakologie A. Vogl gewählt worden.

— Ordensverleihung: Der St. Stanislaus-Orden I. Classe — dem Gehülfen des Militär-Medicinalinspectors, wirkl. Staatsrath Dr. Ljubarski.

— Verstorben: 1) Am 7. Juni in Mitau der dortige freiprakticirende Arzt Dr. Leonid Buchholtz nach längerer Krankheit im 43. Lebensjahre. Geboren im Walkschen Kreise (Livland), erhielt derselbe seine Schulbildung im Dorpater Gymnasium und bezog im Jahre 1870 die Universität Dorpat, wo er bis 1876 Medicin studirte und im Jahre 1874 als Student für die Lösung einer Preisaufgabe die goldene Medaille erhielt. Nach Erlangung der Doctorwürde wurde B. Militärarzt und war anfangs jüngerer Arzt des 8. Scharfschützenbataillons, dann des Mitauschen Husarenregiments in Polen. Im Jahre 1882 trat er aus dem Militär-Medicinaldienst und fungirte 6 Jahre hindurch als Kirchspielsarzt zu Marienburg (Livland). Nachdem er sich sodann einige Zeit in Berlin aufgehalten hatte, liess er sich 1889 als praktischer Arzt in Mitau nieder, wo er als Specialist für Frauenkrankheiten sehr bald eine ausgedehnte Praxis erlangte und das volle Vertrauen und die Liebe seiner Patienten sich erwarb. In dem Kreise seiner Berufsgenossen hat der Verstorbene in anregender Weise gewirkt aber auch auf anderen, seinem Berufe fern liegenden Gebieten eine vielseitige, erfolgreiche Thätigkeit entfaltet. 2) Am 6. Juni in Gatschina der dortige Arzt W. M. Edemski, welcher seit 1880 prakticirte. 3) In St. Petersburg wirkl. Staatsrath Dr. Jason Alyschewski im 79. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hatte wegen Krankheit schon vor vielen Jahren seine Praxis aufgegeben. 4) Am 29. Mai zu Moskau der ältere Arzt am dortigen Krankenhause der Gebrüder Bachruschin, Alex. Dekonski, im Alter von 37 Jahren. 5) Am 20. Juni in Astrachan der dortige freiprakticirende Arzt Peter Almasow, 41 J. alt, welcher in einem Anfalle von Geistesstörung erst seine beiden Töchter und dann sich selbst erschossen hat. 6) Am 5. Juni in Moskau die Aerztin Leonide

Wladykin, geb. Wisar im 58. Lebensjahre. Die Verstorbene, welche in Bern und Zürich studirt und darauf 1879 das Examen an den früheren weiblichen medicinischen Cursen in St. Petersburg gemacht hatte, behufs Erlangung des Rechts der Praxis in Russland, war Gründerin und Leiterin einer Ambulanz für Frauen und Kinder in Moskau, an welcher nur Aerztinnen beschäftigt sind. 7) In Paris der seiner Zeit berühmte Psychiater Dr. Delasiauve, welcher viele Jahre Arzt an der Salpetrière war, im 88. Lebensjahre. Der Hingeschiedene gab das «Journal de médecine mentale» heraus, welches während des deutsch-französischen Krieges einging. Er ist auch sonst vielfach schriftstellerisch thätig gewesen.

— Als Nachfolger des verstorbenen Dr Paul Guttmann ist vom Magistrat der Stadt Berlin der Stabsarzt Prof. Dr. Renvers zum ärztlichen Director des städtischen Krankenhauses Moabit in Berlin ernannt worden. Prof. Renvers ist gegenwärtig 39 Jahre alt und war bis vor Kurzem Oberarzt in der Charité an der Klinik des Prof. Leyden. Für seine werthvollen wissenschaftlichen Publicationen erhielt er im Jahre 1891 den Professortitel.

— Am 12. Juni fand hierselbst die Grundsteinlegung des ersten homöopathischen Krankenhauses in Russland statt. Der Baufonds beläuft sich auf 200,000 Rbl.

— Vom Stadthauptmann von St. Petersburg sind 5 hiesige Fabrikanten von künstlichen Mineralwässern und Limonaden (Barkon, Matthiesen, Gesselewitsch, Rathner und Stepanow) zur Verantwortung gezogen worden, da bei der Analyse ihrer Fabrikate constatirt wurde, dass dieselben eine grosse Menge organischer Substanzen enthielten (7—13 pCt.), somit nicht, wie vorgeschrieben, aus destillirtem Wasser hergestellt waren.

— Aus Spanien, wo vor Kurzem seltsamer Weise die Advocaten ihre Arbeit eingestellt haben, um durch diesen Ausstand Protest gegen die Reformen des Justizministers einzulegen, kommt jetzt die nicht minder befremdende Nachricht von einem bevorstehenden Apotheker-Strike. Am 1. Juli soll das seltsame Schauspiel stattfinden, dass in einzelnen Städten Spaniens die Apotheker ihre Läden schliessen. Die «Epoca» berichtet, dass die Apotheker von Valencia sich in dieser Hinsicht den Apothekern von Madrid bereits angeschlossen haben. Das eigenthümliche Verhalten der spanischen Apotheker wird durch die neuen Bestimmungen über die Gewerbesteuer, denen sich die «Farmaceuticos» nicht fügen wollen, hervorgerufen. Sehr misslich ist die Sache gerade jetzt, wo die Choleranachrichten aus dem südlichen Frankreich so bedenklich lauten, dass für die spanischen Nachbarprovinzen Gefahr vorhanden ist.

— Mit dem Herbst dieses Jahres wird im Verlage von S. Karger in Berlin eine neue «Zeitschrift für Hautkrankheiten», herausgegeben von dem bekannten Dermatologen, Privatdocenten Dr. Oscar Lassar, der eine Heilanstalt für Hautkrankheiten in Berlin leitet, erscheinen. Die Zeitschrift wird Originalaufsätze, Referate und Recensionen bringen.

— Für das internationale Semmelweis-Denkmal sind in kurzer Zeit bereits 2089 Gulden aus verschiedenen Ländern bei dem Executiv-Comité in Budapest eingeflossen, darunter durch eine Sammlung aus Tiflis 40 Gulden.

— Der «Aerztliche Verein der südlichen Bezirke Wiens» hat die Initiative zu einer gemeinsamen Action sämmtlicher ärztlicher Standesvereine Wiens gegen die immer mehr Ausbreitung findende Laienmassage ergriffen und zu diesem Zweck eine Eingabe an die Statthalterei gerichtet, in welcher die Untersagung der Ausübung der Massage durch Nichtärzte erbeten wird. In der Motivirung wird ausgeführt, dass die Vornahme der Massage durch Laien, mögen dieselben eine sogenannte «Ausbildung» genossen haben oder nicht, Gefahr für die von diesen «behandelten» Gesunden und Kranken bringe; eine wesentliche Verringerung dieser Gefahr könne in der so häufig betonten «ärztlichen Ueberwachung» des Laienmasseurs um so weniger angenommen werden, als eine solche stetige Ueberwachung undurchführbar sei, beziehungsweise nicht begriffen werden könne, aus welchen Gründen der anwesende Arzt die Massage selbst besorgen sollte. Die Erlernung der Massage sowohl, wie deren correcte, erspriessliche und ungefährliche Ausübung sei nur dem anatomisch und klinisch vollständig ausgebildeten Arzte möglich. Die ärztlichen Vereine Wiens betrachten die Laienmassage als gewissenlose Ausbeutung des Publicums und als den willkommenen Deckmantel für die Ausübung von Kurpfuscherei.

— Die I. allrussische hygienische Ausstellung steht jetzt fast ganz vollendet da, nur wird sie, wie das für die Sommermonate vorauszusehen war, noch recht mässig besucht. Es ist daher beschlossen worden, die Dauer derselben bis zum October zu verlängern.

— In München ist in der Kaserne des Leibregiments eine Typhusepidemie ausgebrochen, die 250 Erkrankungen mit bisher 7 Todesfällen verursacht hat. München selbst, sowie auch die anderen Truppentheile sind typhusfrei. Die Ursache der Epidemie ist bisher noch nicht ermittelt.

— In London sind im Laufe des Jahres 1892 in den städtischen Hospitälern 13,093 Scharlachkranke behandelt worden, 6556 mehr als im Jahre vorher.

— Dr. Griftis hat im Harn von Eczemkranken ein besonderes Ptomain entdeckt, welches er Eczemin nennt.
(Bulletin médical — Russ. Med.)

— Die Cholera weist nach dem neuesten Bulletin, welches die vom 5.—11. Mai beim Medicinaldepartement eingelaufenen Nachrichten über die Cholerakranken bringt, wieder eine erhebliche Zunahme der Erkrankungen in den Gegenden auf, in welchen sie den Winter hindurch geherrscht hat. So sind in Podolien vom 16. Mai bis 5. Juni 102 Erkrankungen und 31 Todesfälle an der Cholera (gegen 19 Erkr. und 4 Todesf. in der Zeit vom 1.—16. Mai) vorgekommen, in der Stadt Orel vom 30. Mai—5. Juni 17 Erkr. mit 8 Todesf. (gegen 9 Erkr. und 4 Todesf. vom 23.—30. Mai), im Gouv. Orel vom 26. Mai bis zum 2. Juni 11 Erkr. mit 2 Todesf., in Bessarabien vom 23. Mai—5. Juni 6 Erkr. mit 4 Todesf. Ausserdem werden choleraverdächtige Erkrankungsfälle aus den Gouvernements Orenburg (3), Moskau (1), Saratow (2), dem Kubangebiet (1 Erkr. und 1 Todesf.) und dem Dongebiet (8 Erkr. mit 3 Todesf.) gemeldet. In den übrigen Gouvernements sind in der Zeit vom 23.—29. Mai keine choleraverdächtigen Fälle vorgekommen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 12. Juni d. J. 5982 (18 weniger als in der Vorw.), darunter 163 Typhus— (12 mehr), 506 Syphilis — (2 mehr), 56 Scharlach — (3 weniger), 5 Diphtherie — (8 weniger), 18 Masern — (6 mehr) und 38 Pockenkranke (5 mehr als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Im Kreise Romny (Gouv. Poltawa) ist eine Landschaftsarztstelle zu vergeben. Gehalt 1100 R. jährlich. Adresse: «Роменская Земская Управа».

2) In dem Städtchen Kadom (Gouv. Tambow) ist der Posten des Stadtarztes erledigt. Geh. 1000 Rbl. jährlich. Refl. haben sich an den Gouverneur von Tambow zu wenden.

3) Landschaftsarztstelle im Kreise Demjansk (Gouv. Nowgorod) Geh. 1200 R. jährlich. Adresse: «Демянская Земская Управа».

4) Für den Kreis Ostaschkow (Gouv. Twer) wird ein Arzt auf die 4 Sommermonate für den Fall des Auftretens der Cholera gesucht. Gehalt 250 R. monatlich. Adresse: Осташковся Земская Управа».

5) Vom Kowrowschen Landschaftsamt (Gouv. Wladimir) werden 2 Aerzte und mehrere Studenten des V. Cursus gesucht. Die Aerzte erhalten 125 R. monatl., sobald die Cholera aber auftritt 200 R. monatl., die Studenten 75 resp. 125 Rbl. Adresse: «Ковровская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 6. bis 12. Juni 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
282	255	537	122	43	79	7	4	13	59	45	45	30	49	30	9	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 7, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 4, Scharlach 9, Diphtherie 3, Croup 0, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 34, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 1, Tuberculose der Lungen 78, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 50, Marasmus senilis 27, Krankheiten des Verdauungscanals 71, Todtgeborene 26.

Дозв. ценз. Спб. 18 Іюня 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER **Neue Folge X. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 26 St. Petersburg, 26. Juni (8. Juli) **1893**

Fünfter Aerztetag
der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der fünfte Aerztetag findet in Dorpat vom 1—3. September d. J. statt.

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht überschreiten darf, werden die Herren Aerzte ersucht, unter genauer Angabe des Themas und kurzer Wiedergabe des Inhalts baldmöglichst,

spätestens aber bis zum 15. Juli a. c.,

bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes:
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart-Fellin.

Ein Fall von Febris intermittens pneumonica von unregelmässig quartanem Typus *).

Von

N. Kirikow.

Am 25. August 1892 trat ins St. Petersburger Marinehospital der Matrose der 9. Flottenequipage Iw. R. 25 J. a., ein. Der Kranke ist bleich aber gut gebaut und genährt. Er stammt aus dem Nishni-Nowgorodschen Gouvernement. Kreis Lukojanow, Dorf Obuchowo; im Dienst ist er seit 1889. Sein Heimathsdorf liegt am Flusse Alatyr in einer feuchten, sumpfigen Fiebergegend. Fiebererkrankungen sind früher und auch gegenwärtig in seiner Familie wiederholt vorgekommen. Bis zu seinem Dienstantritt ist er einmal, mit 14 Jahren, am Fieber erkrankt gewesen, und hat im Laufe einer Woche, wie er sich deutlich erinnert, 3 Fieberanfälle gehabt. Im Dienst hat er 2 Expeditionen mitgemacht: im Jahre 1889 auf dem «Westnik» im baltischen Meere zwei Monate und 1892 auf der Wolga 35 Tage lang. Während der Expedition ist er ganz gesund gewesen. In den letzten Tagen des März 1891 erkrankte er an Fieber; nachdem er ungefähr eine Woche im Lazareth gelegen hatte, wurde er in das hiesige Hospital übergeführt, da Ikterus und Schmerzen in der Lebergegend auftraten. Hier lag er bis zum 10. Juni, hatte jeden dritten Tag Fieberanfälle und wurde u. A. mit Chinin behandelt. Im September desselben Jahres lag er wieder mit Fieber 8 Tage im Lazareth. Das letzte Jahr vor seinem Eintritt ins Hospital war er ganz gesund. Von anderen Erkrankungen kann er nur Schmerzen in den Beinen und einen Tripper angeben. Seit dem 15. Jahre Alkoholmissbrauch.

Die gegenwärtige Erkrankung begann plötzlich am 24. August. Nachdem er spät am Abend die Wache verlassen hatte bekam er einen heftigen Schüttelfrost, der eine halbe Stunde anhielt. Danach Hitze und Kopfschmerzen und in der Nacht Schweiss. Zugleich mit den Fiebererscheinungen trat Husten und ein scharfer stechender Schmerz beim Athmen und Husten ober- und unterhalb des linken Schlüsselbeins auf. Am folgenden Tag fühlte er sich nicht fiebrig, es blieben aber doch Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen und allgemeine Schwäche zurück. Die Abendtemperatur war 38,1°. Bei der Untersuchung wurde damals über und unter dem Schlüsselbein der Percussionsschall im Vergleich zur rechten Seite etwas verändert gefunden, er war kürzer und etwas dumpfer. Bei der Auscultation hörte man die Stimme undeutlicher, das Athmungsgeräusch abgeschwächt und verschärft, das Exspirium etwas verlängert und rauh; hin und wieder hörte man feuchte und subcrepitirende Rasselgeräusche. Athemfrequenz etwa 30 in der Minute. Hervorzuheben ist, dass das linke Schlüsselbein in Folge einer Fractur, die der Kranke vor 8 Jahren erlitten hatte und die regulär und ohne Functionsstörung verheilt war, stärker gekrümmt und verdickt war. Zunge belegt, leichte Empfindlichkeit im Epigastrium und in der Unterbauchgegend, besonders links. Seit zwei Tagen kein Stuhl. Die Milz nicht vergrössert, nicht fühlbar. Herz und Gefässe ohne Abweichung, Puls 64 in der Minute, voll. Ausserdem ist noch eine alte unbedeutende Conjunctivitis und chronische Pharyngitis zu erwähnen. Schon am nächsten Tage sind bei gleichbleibender Temp. (M. 37,1, A 38,1°) die objectiven Veränderungen an der linken Lungenspitze bedeutend geringer; der stechende Schmerz beim Athmen unverändert. Es zeigte sich etwas schleimig-eitriger Auswurf der nach 1½ Wochen aufhörte. Tuberkelbacillen wurden nicht gefunden.

In Anbetracht des letzteren Umstandes und da man die leichte Dämpfung und Abschwächung des Athmens über der linken Lungenspitze auch durch Pleuraverdickungen in Folge des Schlüsselbeinbruchs erklären konnte, wurden die beobachteten Erscheinungen als circumscripte Bronchitis ohne Veränderungen der Lungenspitze aufgefasst. Ausserdem wurde wegen fehlender Milzvergrösserung und da die Temperaturschwankungen nichts Charakteristisches boten, auch kein kritischer Schweiss eintrat, die Möglichkeit, dass es sich um Intermittens handelte, an den beiden ersten Tagen ausgeschlossen.

Allein schon am 27. August stieg die Temp., die bei der Abendmessung zur gewöhnlichen Zeit 37,7 ergeben hatte, um 9 U. Abends unter Frost bis 39,5. Darauf trat Schlaflosigkeit, Hitzegefühl, verstärkter Kopfschmerz auf und am folgenden

*) Diese Arbeit ist in russischer Sprache in den «Прибавленія къ морскому сборнику» publicirt.

Morgen war deutliche Milzvergrösserung zu constatiren. Die Milzdämpfung begann im 7. Intercostalraum und reichte nach vorn bis zur Linea costoarticularis. Da jetzt ein Malariaanfall unzweifelhaft war, wurde Chinin mur. verordnet. (Um 9 Uhr Morg., um 3 und 5 Uhr Nachmittags je V Gran.) Temp. M. 37,3 A. 37,6°. In der Nacht auf den 29. August kein Schweiss, ruhiger Schlaf. Am Morgen die Milz wieder von normaler Grösse. Chinin wurde am 29. August ebenso gegeben wie am vorhergehenden Tage und dann noch eine Gabe von V Gran am Morgen des 30. August. Weiter wurde kein Chinin gegeben. Es wurde dann noch ein sehr leichter Fieberanfall in der Nacht auf den 31. August beobachtet. Nach einem halbstündigen Frost stieg die Temp. am Morgen bis 37,4°; auch Kopfschmerzen und Milzvergrösserung (vom 6. ICR.) waren vorhanden. An den folgenden 5 Tagen keine Anfälle: die Milz verkleinerte sich am 2. September definitiv. Der Kranke fühlte sich wohl, der Husten und die Schmerzen beim Athmen schwanden, Auswurf unbedeutend. Das Körpergewicht hob sich von 170 Pf. beim Eintritt auf 173 Pf. und am 5. September verliess der Kranke gesund das Hospital. Die Rasselgeräusche in der Lungenspitze waren verschwunden, es blieb nur eine leichte Dämpfung und Abschwächung des Athemgeräusches. Gegen das Localleiden war nur ein Blasenpflaster oberhalb des Schlüsselbeins applicirt worden. Bis zum 14. September Wohlbefinden. Von da an abendlich Frösteln, Schwächegefühl und Appetitlosigkeit. Am 17. September Abends, nach zweitägiger Stuhlverhaltung, Schüttelfrost von halbstündiger Dauer, danach Hitze, Kopfschmerzen und Schweiss. Am 18. Sept. Wiedereintritt ins Hospital; Temp. 37,9°. Am 19. Sept. links derselbe Lungenbefund wie früher. Der Kranke klagt über stechende Schmerzen beim Athmen in der rechten Seite; in der vorderen Axillarlinie über der 7. Rippe lässt sich ein Heerd von der Grösse eines Dreikopekenstücks bestimmen mit feuchten subcrepitirenden Rasselgeräuschen. Unbedeutender trockener Husten 3—4 Mal am Tage. Athemfrequenz 24, Puls 76, etwas weniger voll. Appetit schlecht, Zunge belegt. Druckempfindlichkeit im Epigastrium und unter dem rechten Rippenbogen. Körpergewicht 161 Pf. obgleich der Kranke nicht schwer gearbeitet hatte. Temp. Morg. 37,4°. Um 6 Uhr Abends Schüttelfrost von 1/4 stündiger Dauer, darauf Hitze, 39,4°, in der Nacht Schweiss. Die Untersuchung des Blutes auf Malariaparasiten negativ. Beiläufig bemerkt wurden in den gefärbten Präparaten relativ leicht eosinophile, etwas kleinere Leukocyten gefunden. Den 20. Sept. stärkerer Husten. An der ganzen unteren Grenze der rechten Lunge ein schmaler Streifen mit gedämpft-tympanitischem Schall und abgeschwächtem Athmen. Auf der rechten Seite keine Rasselgeräusche, dagegen links vorn unten eine schmale Zone mit subcrepitirenden Rasselgeräuschen bei tiefem Athmen. Temp. M. 37,0 A. 38,4°. Spät am Abend steigt die Temp. bei leichtem Frösteln aber schlechtem Allgemeinbefinden und Delirium bis 41,0°. Ordination: Eis auf den Kopf, Chin. mur. gr. X in ref. dosi. In der Nacht kein Schweiss. Den 21 Sept. stärkere Schmerzen in der rechten Seite und stärkerer trockener Husten. Temp. 39,5°, Puls 80, Athemfrequenz 32. Die untere Partie der rechten Lunge vom Angulus scapulae und der Mammilla abwärts gedämpft-tympanitisch. Athemgeräusch abgeschwächt aber rauh, in der vorderen Axillarlinie crepitirend. Der Stimmfremitus verstärkt. Am Abend Temp. 38,6°.

Auf Grund dieses Befundes bei fehlender Milzvergrösserung und negativem Blutbefund wurde die Diagnose auf Pneumonia crouposa mit protrahirtem Anfang, verzögerter Hepatisation und ohne continuirliches Fieber gestellt, wie das ziemlich häufig bei Trinkern vorkommt.

In der Nacht auf den 22. Sept. sank die Temp. bis 37,2° unter ziemlich starkem Schweiss. Dämpfung und Husten wurden etwas geringer. In der mittleren Axillarlinie erschienen feuchte Rasselgeräusche. Temp. A. 38,1.

In der Nacht auf den 23. Schweiss; Schmerzen und Husten geringer. kein Auswurf, Allgemeinbefinden und Kopfschmerzen besser, Temperatur Morg. 37,0. Abends Frost, Temp. 38,2°, in der Nacht Schweiss.

24. Sept. Brust- und Kopfschmerzen unverändert, Husten stärker. Dämpfung dauert an, Rasselgeräusche nicht zu hören. Temp. M. 39,8 A. 37,7°.

25. Sept. In der Nacht starker Schweiss. Temp. M. 36,8°. Allgemeinbefinden und Kopfschmerzen viel besser, Husten geringer, die Dämpfung hat sich aufgehellt, Athemgeräusch fast normal, keine Rasselgeräusche. Man konnte also an eine Krisis und Ablauf der Pneumonie denken. Allein die Schmerzen in der rechten Brusthälfte hörten nicht auf und es trat ein Gefühl von Schwere und dumpfem Schmerz im rechten Hypochondrium hinzu dass sich bei Bewegungen und bei tiefem Athmen verstärkte. Temp. A. 38,0, kein Frost, in der Nacht Schweiss.

Am 26. Sept. Morgens wenig Husten, unbedeutende Schmerzen. Sehr geringe Dämpfung und unbestimmtes Athmen. Temp. 36,7. Um 5 Uhr Nachm. 1/2stündl. Schüttelfrost, Temp. 40.1, Hitze, Kopfschmerzen. Da neue Erscheinungen in den Lungen nicht auftraten, wurde um 8 Uhr Abends bei einer Temp. von 40,0 wieder eine Blutprobe aus einem Finger untersucht und schon im ersten Präparat fanden sich unzweifelhafte Malariaparasiten. Um 9 Uhr Abends bekam Pat. Chinin mur. gr. VIII. In der Nacht reichlicher Schweiss.

27. Sept. Morg. Temp. 38,5. Kopfschmerz geringer, Allgemeinbefinden besser. Es treten Schmerzen im Epigastrium und im linken Hypochondrium hinzu. Milzdämpfung beginnt an der 6. Rippe, überragt den Rippenbogen. Milz nicht zu fühlen. Leberdämpfung vergrössert, beginnt in der Mamillarlinie an der 5. Rippe, reicht bis zu 1 Querfinger oberhalb der Nabelhöhe: in der Mittellinie reicht die Leberdämpfung unter die Mitte zwischen Nabel und Proc. xiph. Die Palpation ist schmerzhaft, Resistenz vermehrt, doch ist der Leberrand nicht deutlich durchzufühlen. Gurren und geringe Empfindlichkeit in der rechten Regio iliaca. Husten gering, trocken. Ueber der unteren Partie der rechten Lunge eine 2 Querfinger breite Dämpfung, abgeschwächtes unbestimmtes Athmen, kein Rasseln. Um 11 Uhr Vorm. Chinin gr. VIII. Den ganzen Tag Kopfschmerz, Schwäche, Appetitlosigkeit. Kein Frost. Temp. Ab. 39,0. Puls und Schlaf gut, um 2 Uhr Nachts starker Schweiss.

28. Sept. Temperatur 36,6. Alle Erscheinungen besser. Die Schmerzen im linken Hypochondrium haben aufgehört, rechts sind sie geringer. Um 10 Uhr Morgens Chinin gr. XV. Ab. Temp. 37,1. In der Nacht Schweiss.

29. Sept. Morg. Temp. 36,7. Die Milz etwas kleiner, die Leber bedeutend kleiner: in der Mamillarlinie von der sechsten Rippe, überragt den Rippenbogen um 2 Querfinger. Chinin wie gestern. A. Temp. 37,4, kein Frost, in der Nacht Schweiss.

30. Sept. Chinin wie gestern. Temp. M. 36,5, A. 36,9, in der Nacht Schweiss.

1. October. Fortschreitende Besserung, Chinin fortgesetzt.

2. Oct. Milz von der 7. Rippe, Lebergrenzen fast normal, Die Leber noch druckempfindlich, starke Kopfschmerzen.

3. Oct. In der Nacht geringer Schweiss, Chinin gestern und heute ausgesetzt.

4. Oct. In der Nacht kein Schweiss, Temp. unter 37,0. 2 Mal täglich Chinin gr. v.

6. Oct. Etwas Kopfschmerzen. Ohrensausen. Milz normal. Leber noch druckempfindlich, überragt den Rippenbogen. In der rechten Lunge keine Abweichung zu constatiren. Temp. A. 37,5 ohne Frost aber mit stärkerem Kopfschmerz.

Vom 7. Oct. an wird Chinin ganz fortgelassen. Unbedeutende Temperatursteigerung (37,3) am Abend des 9. October. Etwas Kopfschmerzen und Ohrensausen sowie Herabsetzung des Gehörs bei negativem otoskopischem Befund dauerten noch kurze Zeit an. Vom 16. Oct. an wurde Sol. Fowleri 3 Mal täglich 2—4 Tropfen in steigender Dosis verordnet.

Am 28. Oct. überall normaler Lungenbefund. In der linken Lunge oben dieselben Erscheinungen wie anfangs. Leber vollständig normal, ebenso die Milz. Schlaf und Appetit vorzüglich.

Am 31. Oct. verlässt der Kranke das Hospital. Bemerkenswerth ist, dass trotz der schweren Erkrankung das Körpergewicht des Kranken stetig zunahm, von 161 bis 179 Pf.

Bis zum 28. November war Patient gesund, da trat ein neuer typischer Fieberanfall, wieder mit Schmerzen im rechten Hypochondrium, auf. Im Lazareth wurde von Dr. Fedotow auch dieses Mal Milzvergrösserung und Rasseln in der rechten Axillarlinie beobachtet. Ein zweiter starker Fieberanfall am 1. December mit einer Temp. von 39,9 und eine leichte Temperaturerhöhung von 37,4 am 4. Dec. waren die letzten Manifestationen der Erkrankung. Unter Chinin und Arsengebrauch besserte sich der Kranke so weit, dass er am 12. Dec. mit einem Körpergewicht von 177 Pf. das Hospital gesund verlassen konnte.

Bevor ich zur weiteren Besprechung der Besonderheiten dieses Falles übergehe. werde ich mir erlauben, im Hinblick auf die bedeutenden Meinungsverschiedenheiten und die noch lange nicht endgültig abgeschlossene Lehre über die Malariaparasiten den allgemeinen Entwickelungsgang dieser Lehre in aller Kürze hier zu berühren; um so mehr, als in den letzten Jahren auch russische Autoren sich an der Bearbeitung dieser Frage betheiligt haben, (Metschnikow, Chenzinsky, Danilewsky, Schalaschnikow, Ssacharow, Reschetillo, G. Titow, Romanowsky, Gabritschewsky, Koroljko). Die Arbeiten der Letztgenannten benutze ich hauptsächlich zu einem kurzen historischen Ueberblick.

Die Vermuthung des parasitären Ursprungs der Malaria ist sehr alt. Schon Hippocrates hielt das Eindringen irgend eines unbekannten fremden Princips («quid divinum») in den Organismus für die Ursache der

Krankheit. Kurz vor unserer Zeitrechnung sprachen schon Vitruvius und Varron von einem Contagium vivum.

Hier sei erwähnt, dass Reschetillo (Объ этіологіи маляріи вообще и опытъ опредѣленія этіологіи маляріи въ безболотистой мѣстности». Дисс. С.-ПБ. 1890) in Palästina das Zusammentreffen der stärksten Entwickelung der Malaria überhaupt mit einer bestimmten Höhe der Temperatur und Feuchtigkeit der Luft und des Bodens nachgewiesen hat; von diesen Momenten hängt auch die Anzahl der Mikroorganismen des Bodens ab; so fallen auch die Curve der Malariaerkrankungen und die Curve der Entwickelung der Mikroorganismen des Bodens beinahe zusammen. Hieraus erhält man eine indirecte Bestätigung der Vermuthung des parasitären Ursprungs der Malaria.

Was nun die Bestätigung dieser Vermuthung anbetrifft, so haben schon Frerichs 1861 und danach Mosler, Kebsch und W. Affanasjew, abgesehen von pigmenthaltigen Leukocyten in dem Blute der Malariakranken die Anwesenheit besonderer hyaliner pigmentirter Bildungen bemerkt, ohne zu ahnen, dass gerade diese die specifischen Parasiten sind. Ihre Bedeutung als solche wurde, wenn auch nicht genau, von dem französischen Arzte Laveran im Jahre 1880 festgesetzt. Er beschrieb im Wesentlichen zwei Hauptformen der Parasiten: 1) Kugelförmige Körper von bald regelmässiger bald unregelmässiger Gestalt, deren Pigment sich als unbewegliche oder auch bewegliche Körnchen darstellt und die ausserdem zuweilen mit beweglichen walzenförmigen Fortsätzen versehen sind. 2) Halbmondförmige Körper von sichelförmiger Gestalt mit pigmentirtem Centrum. Er nahm an, dass sie frei im Blutplasma schmarotzen und sich an die rothen Blutkörperchen nur anheften, um auf ihre Kosten sich zu nähren und zu wachsen, eine Meinung an der er noch jetzt festhält. Das Pigment hielt er für einen Bestandtheil der Parasiten, nach deren Zerstörung es von den Leukocyten verschlungen wird. Alle beschriebenen Formen stellen nach seiner Meinung nur verschiedene Entwickelungsphasen ein und desselben polymorphen Parasiten, des Hämatozoon Malariae, welcher zu den niedersten Thieren, den Protozoen gehört, dar.

Die neue Lehre fand lange keine Anerkennung, besonders trug dazu die Entdeckung eines besonderen «Bacillus malariae» im Jahre 1879 durch Klebs und Crudeli bei, der in der Luft und im Boden von Malariagegenden sowie im Blute und den Organen an Malaria Verstorbener gefunden wurde und für Kaninchen pathogen war. In der Folge bestätigte sich diese Entdeckung, wenigstens für die menschliche Malaria, nicht und hat wohl nur noch historisches Interesse. Verhältnissmässig spät, im Jahre 1887 suchten Mosso und Maragliano nachzuweisen, dass die betreffenden Gebilde nur Veränderungen der rothen Blutkörperchen ihre Entstehung verdanken und Kunstproducte bei der Präparation darstellen. Schon im folgenden Jahr wiesen Cataneo und Manti nach, dass in der That die erstgenannten Autoren gar keine Parasiten, sondern künstlich veränderte rothe Blutkörperchen gesehen hatten.

Die Lehre Laveran's entwickelte sich unterdessen folgerichtig weiter. Im Jahre 1883 und darauf 1885 zeigten Marchiafava und Celli, dass vor der Entwickelung der pigmenthaltigen Gebilde im Innern der rothen Blutkörperchen von Malariakranken sich kleine hyaline Körperchen von verschiedener Gestalt finden, die sich mit einigen Anilinfarben (Methylenblau und anderen) gut färben; mit dem Erscheinen dieser Körperchen beginnt die Bildung von schwarzem Pigment in den rothen Blutkörperchen, welche darnach sich entfärben und schliesslich zu Grunde gehen. Das Pigment ist also das Product der Zerstörung von Hämoglobin durch die Einwirkung der Parasiten, die sich im Innern der Erythrocyten aufhalten. Die jungen Parasiten. von den kleinsten bis zur Grösse von 1/3 eines rothen Blutkörperchens, sind entweder unbeweglich oder vollführen unaufhörliche Bewegungen innerhalb des Körperchens, ohne aus ihm herauszutreten, indem sie Fortsätze ausschicken und dabei die wunderlichsten Formen annehmen. Unter diesen verschiedenen Formen sind die ringförmigen besonders zu erwähnen, welche nach der Meinung der Autoren im Centrum eine Vacuole enthalten, durch die das Diskoplasma hindurchschimmert. Aus solchen durchsichtigen Gebilden entstehen nach Maassgabe ihres Wachsthums und ihrer Weiterentwickelung die pigmentirten Körperchen, welche sich ebenfalls innerhalb der rothen Blutkörperchen bewegen können. Die letzteren Körperchen werden auch in verschiedener Form und Grösse frei im Plasma angetroffen. Es werden auch Körperchen mit beweglichen Geisseln beobachtet. M. und C. beschrieben ausser dem Segmentationsformen, die sich in mehrere kleine hyaline Tochterkörperchen theilen, welche letzteren um ein Häufchen Pigment gelagert sind, das sich um diese Zeit im Centrum des ganzen Gebildes und in den Zwischenräumen zwischen den Tochterkörperchen sammelt. Schliesslich werden die Tochterkörperchen frei um wieder in die rothen Blutkörperchen einzudringen und denselben Entwickelungscyclus durchzumachen. M. und C. nannten die von ihnen beschriebenen Körperchen Plasmodien oder Hämoplasmodien der Malaria und sprachen sich für die unzweifelhaft parasitäre Natur dieser Protozoen aus. Für einige Formen constatirten sie auch die Anwesenheit eines Kerns, dieses wichtigsten Bestandtheils jeder lebenden Zelle. Die Kultur des Parasiten auf künstlichen Nährböden gelang nicht. In der Luft und im Boden von Malariagegenden konnten die Autoren nur den schon erwähnten Bacillus Malariae finden. Thierimpfungen mit Malariablut fielen negativ aus, dagegen gab die Impfung von Menschen unter 5 Fällen 3 mal ein positives Resultat, wodurch nach Gerhardt die specifische Pathogenität der Plasmodien erwiesen ist. Einen weiteren wichtigen Schritt vorwärts machte Golgi 1886. Er machte auf die Regelmässigkeit des Entwickelungsganges der Parasiten und auf den Zusammenhang derselben mit dem periodischen Verlauf der Malariaerkrankung aufmerksam. Nach seinen Beobachtungen wird der Eintritt des Fiebers bei typischen Fällen von Febris quartana durch eine einzige Generation der Parasiten bestimmt, welche in typischer Weise die verschiedenen Entwickelungsphasen, von den jungen pigmentlosen Formen bis zum Zerfall der reifen pigmenthaltigen in Tochterkörperchen durch Segmentation, durchläuft. Der ganze Cyclus läuft in 72 Stunden ab und mit jedem neuen Freiwerden von Tochterkörperchen ist ein neuer Fieberanfall verbunden. Alle Entwickelungsformen zeigen so charakteristische morphologische und biologische Eigenthümlichkeiten, dass man die Diagnose und Prognose der einzelnen Anfälle auf Grund der mikroskopischen Bluntersuchung allein stellen kann. Ein halbes Jahr später und dann im Jahre 1889 stellte Golgi ähnliche Gesetze für die Febris tertiana auf, wobei nach seinen Beobachtungen der amöboide Parasit der Febris tertiana, der einen ähnlichen Entwickelungscyclus in 48 Stunden durchmacht, trotz seiner im Wesentlichen mit dem Parasiten der Febris quartana übereinstimmenden Eigenschaften sich von letzterem durch so charakteristische Merkmale unterscheidet, dass man kühn in jedem Moment der Krankheit die Differential-Diagnose zwischen beiden stellen kann. Auch in der Entwickelung des Parasiten der Febris tertiana kann man 3 Phasen unterscheiden: 1) Pigmentlose oder schwachpigmentirte Plasmodien bis zur Grösse von 1/4 eines rothen Blutkörperchens mit energischen amöboiden Bewegungen werden einige Stunden nach dem Anfall angetroffen. 2) Grössere, stärker pigmentirte Körperchen bis zu 2/3

eines rothen Blutkörperchens mit ruhigeren Bewegungen fallen mit dem Tag der Apyrexie zusammen. 3) Die Segmentationsformen zeigen sich im Zusammenhang mit dem Beginn eines neuen Anfalls. — Die differentialdiagnostischen Merkmale zwischen beiden Parasiten sind, abgesehn von den zeitlichen Verhältnissen, folgende: Die Parasiten der Febris tertiana zeigen in allen Stadien ihres Lebens lebhaftere amöboide Bewegungen als die bei Febris quartana. Ferner zerstören sie schneller das Hämoglobin und entfärben die rothen Blutkörperchen; bei den Parasiten der Febris quartana erhält sich dagegen die charakteristische Farbe der Erythrocyten selbst in dem schmalen Saum, der die reifen Formen umgiebt. Bei der Febris tertiana erscheinen die rothen Blk. grösser als normal und legen sich nicht in Haufen zusammen wie das bei der F. quartana der Fall ist. Die Parasiten der F. tertiana haben ein viel zarteres Protoplasma und weniger scharfe Conturen, auch ist ihr Pigment viel feinkörniger. Noch charakteristischer sind die Unterschiede in der Segmentation, welche nach zwei Haupttypen abläuft: Entweder bildet sich um das im Centrum angesammelte Pigment durch radiäre Anordnung ein regelrechter Kranz von Tochterkörperchen (in Form von Rosetten oder Marienblümchen) oder die letzteren bilden, indem sie sich aus der ganzen Masse des Protoplasma der Mutterzelle differenziren, unregelmässige Haufen (in Form von Maulbeeren oder Trauben). Bei der Febris tertiana beträgt die Zahl der Tochterzellen 15—20, bei der Febris quartana, deren Parasiten sich häufiger nach dem ersten Typus segmentiren nur 6—12, wobei die Grösse der Tochterzellen im umgekehrten Verhältniss zu ihrer Zahl steht. Nachdem die Tochterzellen auseinander gewandert sind, bleibt ein pigmentirter centraler Rest übrig, der wahrscheinlich später von den Phagocyten verschlungen wird.

Für die Parasiten der Febris tertiana hat Golgi noch eine dritte Art der Segmentation, die übrigens noch zweifelhaft ist, beobachtet. Bei ganz leichten Formen sammelt sich das Pigment zuweilen nicht in der Mitte sondern als Kranz an der Peripherie; im pigmentfreien Centrum erscheinen Vacuolen, in denen dann 1—2 kleine den Tochterzellen bei der Segmentation ähnliche Gebilde erscheinen.

Die F. quotidiana stellt an sich keinen besonderen Typus vor, sondern ist eine complicirte Form der F. tertiana und der F. quartana, wobei im Blut gleichzeitig 2 oder 3 Generationen schmarotzen, deren Alter um einen Tag differirt; so findet jeden Tag Ausreifen und Segmentation statt und gleichzeitig mit den reifen Formen müssen sich immer jüngere Formen einer anderen Generation vorfinden. Die F. quotidiana ist also nur eine Tertiana duplex oder eine Quartana triplex.

In demselben Jahr 1889 erschien eine Arbeit von Canalis, welchem es gelang die allgemeinen Principien Golgis auch für die unregelmässigen Fieber, die sog. subcontinuae, subintrantes, perniciosae, sowie die Fieber mit langen Intermissionen, anzuwenden; sie alle führen leicht in verschieden langer Zeit zur Malariakachexie. Als Parasiten dieser Formen erscheinen Variationen der sogenannten halbmondförmigen Gebilde; in der Entwickelung dieser werden Cyclen von verschieden langer Dauer beobachtet. Sowohl die längeren als die kürzeren Cyclen gehen auch von einem pigmentlosen amöboiden Parasiten aus, der dann Pigment bekommt und nach einer Reihe verschiedener Metamorphosen das Stadium der Segmentation erreicht. Bei den schneller ablaufenden Cyclen sind die Phasen im Allgemeinen den früher beschriebenen analog und unterscheiden sich nur durch ihre kürzere Dauer und die Pigmentarmuth der Parasiten. Bei dem langsamer verlaufenden Cyclus erscheinen als Zwischenstufen zwischen den amöboiden und den Segmentationsformen anfangs halbmondförmige oder ovale Körperchen, die später rund werden und Geisseln bekommen. Die Gesammtheit dieser Formen stellt nur verschiedene normale Entwickelungsstadien einer und derselben Varietät, die von den Parasiten der tertiana und quartana verschieden ist, dar. Die Verschiedenheiten in der Energie und Form der Parasiten bei acuten und chronischen Fällen werden wahrscheinlich durch verschiedene Bedingungen von Seiten des erkrankten Organismus bestimmt. Die Halbmonde im Blut erscheinen nach der klinischen Erfahrung nur dann, wenn der Kranke schon einige acute Malariaanfälle bestanden hat, und dienen ihrerseits als Vorboten neuer Paroxysmen.

Nach der Arbeit von Canalis erschien ein neuer Aufsatz von Golgi[1]). Er hebt zunächst hervor, dass er schon in seiner früheren oben citirten Arbeit[2]) von der Nothwendigkeit gesprochen hat, die sogenannten halbmondförmigen Körper als besondere Art abzuscheiden, da durch sie wahrscheinlich auch andere Fieberformen hervorgerufen werden, darunter solche mit 5, 6, 8, 10, 12, 14 und 15-tägigen Intermissionen; solche giebt es, wie Golgi sich in Uebereinstimmung mit älteren Angaben überzeugen konnte, wenn auch nicht häufig, so doch unzweifelhaft. Solche Fieber werden immer durch die halbmondförmigen Körper hervorgerufen, deren Entwickelungscyclus selbst bei demselben Kranken und bei derselben Infection, unter dem Einfluss noch unbekannter Bedingungen, in verschieden langen und nicht bestimmten Zeiträumen ablaufen kann. Die halbmondförmigen Körper erreichen erst nach 9—10 Tagen das Stadium der Vermehrung durch innere Differenzirung der jungen Tochterzellen, welche dann, nach dem Eindringen in neue rothe Blutkörperchen, die Merkmale nicht pigmentirter Plasmodien aufweisen und garkeine oder nur geringe amöboide Bewegungen zeigen. Es können sich auch geissel tragende Formen entwickeln. Häufig werden combinirte Infectionen beobachtet, wobei mehrere Generationen im Blut vorhanden sind; dadurch dass die einzelnen Generationen nach einander die Reife erlangen, können die Intermissionen kürzer, die Anfälle häufiger werden bis sich eine quotidiana etablirt Aber wie erwähnt ist der Entwickelungsgang auch jeder einzelnen Generation nicht regelmässig: Ausnahmsweise können die Tochterzellen der Halbmonde, wenn sie eine grössere Widerstandskraft besitzen, das Stadium der Segmentation nach dem Typus, mit dem Charakter und der Bedeutung der Parasiten der tertiana oder quartana erreichen; klinisch äussert sich das, indem zum unregelmässigen Fieber Anfälle vom erwähnten Typus hinzutreten. So ist der Uebergang einer Varietät des Parasiten in eine andere möglich. Bei dem wahrscheinlichen Zerfall der Halbmonde in Tochterzellen muss eine Art Auflösung der diese Gebilde umgebenden besonderen Membran stattfinden. Zugleich müssen auch die central pigmentirten Theile der Halbmonde frei werden, welche in Gestalt von rundlichen Körperchen mit scharfen Conturen und starkem Lichtbrechungsvermögen möglicherweise die Anfangsstadien späterer Halbmonde sind; zuweilen sind auch sie mit geisselförmigen Fortsätzen versehen. So muss man ausser der F. tertiana und F. quartana noch Fieber mit unbeständigem Typus und mit verschieden langen Intermissionen unterscheiden, ferner einige Formen von F. quotidiana und endlich die seltenen subcontinuae und subintrantes; der Entwickelungsgang der Parasiten einschliesslich des intermediären halbmondförmigen Stadiums ist bei ihnen auch unregelmässig. — Ausser diesen drei Grundtypen der Parasiten ist noch möglich, wenn auch nicht

[1]) Ueber intermittirende Fieberformen der Malaria mit langen Intervallen. Hauptunterscheidungsmerkmale für die Gruppirung der Fieberformen der Malaria. Zieglers Beitr. z. path. Anat. Band 7 Heft 4, 1890 pag. 647—667.

[2]) Ueber den Entwickelungskreislauf der Malariaparasiten bei dem tertianen Fieber. Fortschr. d. Med. 1889. 1. Februar. Nr. 3.

bewiesen, die Existenz einer besonderen Art mit eintägigem Entwickelungscyclus, also eines Parasiten einer wirklichen quotidiana. Allein Golgi ist es nicht gelungen, die Angaben von Marchiafava, Celli und Guarnieri über die Existenz eines besonderen, niemals Pigment absondernden Plasmodium mit eintägiger Zwischenzeit zwischen zwei auf einander folgenden Segmentationen zu bestätigen.

Von russischen Autoren hat Ssacharow im Kaukasus die Angaben Golgis über die aetiologische Verschiedenheit der tertiana und quartana im Allgemeinen bestätigt. Bei den quotidianae konnte er nicht immer alle Entwickelungsphasen constatiren: bei täglichem Fieber sowie bei malignen und abgeschwächten Formen können während der ganzen Krankheitsdauer entweder nur pigmentlose oder nur pigmenthaltige Plasmodien zu finden sein. Ueberhaupt lässt sich die Aufeinanderfolge der Phasen augenscheinlich nicht ganz in das von Golgi angegebene einfache Schema bringen. — Man kann noch beobachten, dass unter dem Einfluss von Chinin die Plasmodien aus dem Blut verschwinden, während die abendlichen Temperaturerhöhungen fortdauern; so entstehen nach Ssacharow secundäre Fieber ohne Plasmodien, in Folge der consecutiven Veränderungen im Organismus. Das Chinin hilft bei ihnen nichts, wohl aber Arsen, Jod u. a. Die letzteren Angaben stehen vorläufig vereinzelt da.

Titow[3]) bestätigte ebenfalls im Allgemeinen die Gesetze Golgis für die tertiana, aber mit denselben Einschränkungen, d. h. dass die Differenzirung einzelner Phasen und Generationen nicht immer möglich ist, besonders in späteren Krankheitsstadien, was dadurch zu erklären ist, dass eine grössere oder geringere Zahl von Parasiten in der Entwickelung etwas zurückbleibt. Ausserdem kommen Malariafieber vor, welche von den secundären Fiebern Ssacharows verschieden sind, bei denen es aber während des ganzen Verlaufs nicht gelingt, die Gegenwart von Parasiten im circulirenden Blut nachzuweisen. Ausser den beschriebenen Formen beobachtete Titow noch (l. c. pag. 98 bis 101) kleine junge pigmentirte Körperchen, mit und ohne Geisseln, welche zugleich mit pigmentlosen von Tochterzellen der Segmentationsformen stammen (siehe Zeichnung 8 seiner Tafel). Das Auftreten von Pigment in ihnen, ohne dass sie vorher innerhalb der rothen Blutkörperchen schmarotzt haben, ist nicht ganz verständlich, und überhaupt erscheinen sie als Abweichung vom Schema Golgis. Titow fand auch die von Golgi für die F. tertiana beschriebenen Formen mit Vacuolen.

Romanowsky[4]) hat ein neues Mittel zum Studium des Malariaparasiten angegeben, nämlich seine Färbungsmethode trockener Blutpräparate mit einem neutralen Gemisch von einem Theil gesättigter Methylenblaulösung und zwei Theilen einer 1-procentigen wässrigen Eosinlösung im Verlauf von 2—24 Stunden (l. c. pag. 70—73). Auf diese Weise konnte er unzweifelhaft für den Parasiten der F. tertiana die Existenz eines Kerns nachweisen, worauf schon früher andere Autoren hingewiesen hatten, (Celli und Guarnieri, Grassi und Feletti) und die Betheiligung desselben am Segmentationsprocess durch Karyokinese oder Mitose) verfolgen. So ist mit Sicherheit bewiesen, dass die untersuchten Gebilde lebende Zellen sind und dass die sog. Segmentationsfiguren in keinem Fall das Resultat von degenerativen oder postmortalen Veränderungen, sondern der Ausdruck eines activen Vermehrungsprocesses sind. Zugleich wird durch die Kernfärbung das Auffinden der Parasiten erleichtert. Vielleicht wird bei dieser Untersuchungsmethode die Zahl der Fieber ohne Parasiten etwas eingeschränkt werden. Mit Hülfe seiner Methode konnte Romanowsky ausgezeichnete Bilder von der Entwickelung der einzelnen Phasen des tertianen Typus geben.

Koroljko[5]) hat mit der Methode von Romanowsky im Kaukasus eine ganze Reihe Untersuchungen von Malariablut (95 Kranke) ausgeführt, wobei er vollständig die Constanz des Entwickelungsganges der Parasiten der tertiana bestätigte. Ueber die Parasiten der quartana spricht er sich nicht definitiv aus, ist aber geneigt, auf Grund seiner Bilder sie mit den Parasiten der irregulären Formen zu identificiren und nimmt nur 2 Hauptformen an: 1) Die Hämamöba febris tertianae 2) die Hämamöba febris irregularis. Die halbmondförmigen Formen fand er, im Gegensatz zu Canalis und Golgi, bei den Parasiten der unregelmässigen Fieber mit schnellem Entwickelungscyclus. Die Parasiten der unregelmässigen Fieber haben keinen Cyclus von scharfbestimmter Dauer. Die halbmondförmigen Gebilde sind sehr widerstandsfähig, verschwinden selbst nach Chinin nicht, werden bei kachektischen Kranken mit normalen Temperaturen getroffen und sind die Vorboten eines Recidivs, wie auch Canalis angegeben hat. Man kann unzweifelhaft ihre Entwickelung innerhalb der rothen Blutkörperchen beobachten. Die Parasiten der unregelmässigen Fieber werden im Kaukasus bei den bösartigeren Fieberformen im Sommer und Herbst gefunden. Koroljko konnte aber nicht bei den letzteren eine besondere Hämamöba immaculata constatiren, wie sie bei den Sommer- und Herbstfiebern in Rom immer ohne Pigment gefunden worden sind. Allerdings erscheint für die Parasiten der unregelmässigen Fieber mit schnellem (24-stündigem) Entwickelungscyclus, ausser ihrer geringen Grösse, den ausschliesslich jungen ringförmigen Formen in den peripheren Gefässen und der Entwickelung der Halbmonde in den inneren Organen, auch die geringe Menge des abgeschiedenen Pigments als differentielles Merkmal.

Aus diesem Ueberblick ergiebt sich, dass die meisten italienischen und russischen Forscher im Allgemeinen für die verschiedenen klinischen Fiebertypen verschiedene Parasiten annehmen. Von deutschen Autoren schliesst sich dem Kamen an. Anderer Meinung sind einige andere, besonders französische Forscher.

Unter den neuesten Beobachtern hat sich Kamen[6]) ähnlich Golgi, davon überzeugt, dass bei den regelmässigen tertianen und quartanen Fiebern die morphologischen Veränderungen der Plasmodien in typischer Weise in einem bestimmten Cyclus ablaufen und dem Fieberverlauf entsprechende Verschiedenheiten zeigen. Unter anderen morphologischen Eigenthümlichkeiten konnte auch er das Vorkommen von vacuolenhaltigen Formen bei F. tertiana bestätigen. Allein die Theilung der Parasiten erfolgt, wenigstens in Deutschland, nicht einige Stunden vor dem Anfall (Antolisei) und nicht mit dem Beginn desselben (Golgi) sondern während des Anfalls selbst, so dass das Erscheinen der jungen Formen erst am Ende oder sogar nach Beendigung des Paroxysmus beobachtet wird, wobei der Fieberanfall vom entsprechenden Entwickelungsstadium der Mehrzahl der vorhandenen Parasiten abhängt. Einige Stunden vor dem Anfall wurden nur gleichmässig pigmentirte reife grosse Formen gefunden. Während des Froststadiums trat schon eine Differenzirung des Protoplasmas hervor, wobei sich das Pigment als centraler Haufen oder in radiären Strei-

[3]) Къ вопросу о діагност. значеніи простѣйшихъ животныхъ болотной лихорадки. Дисс. С.-ПБ. 1890.

[4]) Къ вопросу о паразитологіи и терапіи болотной лихорадки Дисс. С.-ПБ. 1891. In diesen 2 Dissertationen sind alle Literaturnachweise dieses Aufsatzes enthalten.

[5]) Матеріалы къ вопросу о болотной лихорадкѣ. Дисс. С.-ПБ. 1892.

[6]) Ueber den Erreger der Malaria. Zieglers Beiträge. Band 11 Heft 3. Jena 1892 pag. 395 bis 406. Weiterer Beitrag zur Kenntniss des Malariaerregers. ibidem Band 12 Heft 1 pag. 57 bis 64.

fen lagerte; es wurden auch vereinzelte jüngere Formen getroffen. Erst auf der Höhe des Anfalls im Hitzestadium trat der Zerfall in Tochterzellen deutlich hervor, während der Zusammenhang der letzteren noch nicht gelöst war. Auch hier kamen einzelne früher losgelöste Formen vor. Während des Schweisses waren im Fingerblut nur Pigmenthaufen und augenscheinlich abgestorbene Plasmodien vorhanden. Am ersten Tage der Apyrexie wurden von Neuem in geringer Anzahl kleine endoglobuläre Parasiten mit vereinzelten randständigen Pigmentkörnchen angetroffen. So entspricht die vegetative Phase der Parasiten der Apyrexie, während die Proliferation mit dem Fieber zusammenfällt, nicht ihm vorhergeht. Ausser diesen giebt es noch Parasiten der unregelmässigen Fieber mit halbmondförmigem Zwischenstadium; die Halbmonde sah Kamen im Innern der rothen Blutkörperchen.

Bein[7]) (aus der Klinik von Professor Leyden) hält es für möglich, die Zeit eines neuen Fieberanfalls nach dem Vorherrschen dieser oder jener Entwickelungsphase, die Heftigkeit des Anfalls nach der Gesammtzahl der Parasiten vorauszubestimmen. Dagegen ist es nach seinen Beobachtungen unmöglich, nach dem Vorgang der Italiener, allein nach den morphologischen Bildern den Fiebertypus zu bestimmen. Bei der Prognose schreibt er die übelste Bedeutung den halbmondförmigen Formen, den sog. «Laverania» zu, welche er übrigens geneigt ist für degenerative sterile Stadien der Parasiten unregelmässiger chronischer Fieber anzusehen. Interessant ist noch, dass er bei den grossen pigmentirten Formen ausser dem gewöhnlichen Pigment noch ganz eigenartige Pigmentmassen von regelmässiger, länglich ovaler Gestalt, die augenscheinlich selbstständige Bewegungen machten, beobachtete; zuweilen wurden sie auch frei gesehn. In ihnen sieht er eine selbständige Bildung, die im allgemeinen Entwickelungscyclus ihre eigenartige Rolle spielt, vielleicht bei der Uebertragung der Infection; ihrer eigenartigen Beschaffenheit (Dauerformen?) entspricht ihre grössere Widerstandsfähigkeit gegen äussere Schädlichkeiten, z. B. Kälte. — Diese Angabe steht einstweilen vereinzelt da.

(Fortsetzung folgt).

Referate.

J. v. Mering: Ueber die Function des Magens. (Therap. Mon. Mai 1893).

Verf. hat folgende Fragen experimentell zu entscheiden versucht 1) findet eine Resorption im Magen statt. 2) was wird im Magen resorbirt und 3) was geht bei dem Resorptionsakt im Magen vor. Zu diesem Zweck wurde grossen Hunden das Duodenum einige Centimeter unterhalb des Pylorus durchschnitten und die beiden Duodenallumina in die äussere Haut eingenäht. Es befanden sich somit 2 Fistelöffnungen am Bauch. Nachdem die Thiere sich von der Operation erholt hatten, bekamen sie Wasser zu trinken; hierbei stellte sich nun die bemerkenswerthe Thatsache heraus, dass sämmtliches in den leeren Magen eingeführte Wasser wieder ausfloss. Die Thiere wurden von Durst gepeinigt, obgleich sie literweise Wasser tranken. Verf. hat ferner Versuche mit Alkohol, Zucker und anderen Substanzen angestellt. Die Ergebnisse seiner Versuche fasst v. Mering in folgenden Sätzen zusammen: 1) Die Ueberführung des Mageninhaltes in den Darm erfolgt in Intervallen durch rhythmisches Oeffnen und Schliessen des Pylorus; 2) Flüssigkeit verlässt den Magen schneller als feste Nahrung; der Magen (leere) resorbirt kein Wasser. Von Sodawasser wird kein Wasser, wohl aber Kohlensäure in reichlicher Menge resorbirt. Alkohol wird vom Magen in hohem Maasse resorbirt. Zucker, (Traubenzucker, Milchzucker, Rohrzucker, Maltose) wird in wässeriger Lösung in mässiger Menge resorbirt, in alkoholischer Lösung in etwas grösserer Menge. Dextrin und Pepton werden vom Magen aus resorbirt, aber in geringerer Menge, als Zucker. Die Menge der resorbirten Substanz wächst mit der Concentration der Lösung. Mit der Resorption der eben genannten Substanzen geht Hand in Hand eine mehr oder weniger lebhafte Ausscheidung von Wasser in den Magen, die um so erheblicher ist, je grösser die Menge der resorbirten Substanz. Es erfolgt auch dann reichliche Ausscheidung von Wasser in den Magen, wenn keine Salzsäure sich im Magen nachweisen lässt. Für die Entstehung der Magendilatation bei Pylorusstenose ist nach v. Mering von grosser Wichtigkeit der Umstand, dass in Folge erheblicher Resorption der im Magen vorhandenen Stoffe, eine beträchtliche Ausscheidung von Wasser in den Magen stattfindet, der Mageninhalt nimmt zu in Folge des Flüssigkeitsstromes vom Blute nach dem Magen. Es empfiehlt sich daher concentrirte Nährstoffe in solchen Fällen zu verabfolgen. Die Wasserzufuhr soll zweckmässig per Clysma erfolgen, täglich etwa 3×400 Ccm. Wasser oder $^1/_2$ pCt. Kochsalzlösung. Häufige Magenausspülungen sind indicirt.

Abelmann.

[7]) Demonstration von Malariaplasmodien eines Falles von tropischem «Wechselfieber». Deutsche med. Wochenschr. 1892. Nr. 38 und 39.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. A. Strümpell: Krankheiten des Nervensystems. II. Band, I. Theil des Lehrbuches der speciellen Pathologie und Therapie. Siebente Auflage, Leipzig F. C. W. Vogel, 1892.

Seit einigen Monaten bereits ist auch der Nervenband zu der neuen Auflage des Strümpell'schen Lehrbuches erschienen, ein Werk, das wegen seiner Vorzüge so rühmlichst bekannt ist und sich so zahlreiche Freunde erworben hat, dass es uns als überflüssig erscheint an ihm hier Kritik zu üben.

Gegen die älteren Jahrgänge zeichnet sich dieser Band dadurch aus, dass er auch die in den letzten Jahren besonders studirten und zur Kenntniss gekommenen Krankheitsformen berücksichtigt und, soweit es für ein Lehrbuch passt, abhandelt. Hierher gehören die Kapitel über das angioneurotische Oedem, das Myxoedem, die Akromegalie etc., die neurotische Muskelatrophie, die Chorea electrica, der Paramyoclonus, die traumatischen Neurosen u. m. a. Der Umfang des Werkes hat sich dementsprechend erweitert, die Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie sind allerorts eingetragen, die Abbildungen haben eine Vermehrung erfahren und die Ausstattung ist eine dem Inhalte würdige. Es wird demnach das Werk in seinem neuen Kleide seinem Leser viel Nutzen und Freude bringen.

K.

H. Fritsch: Bericht über die gynäkologischen Operationen des Jahrganges 1891/92. Berlin 1893 Verlag von Wreden.

Dieser Bericht enthält keine trockene Statistik, sondern bringt die Ansichten des Verf. über die moderne operative Gynäkologie an der Hand seiner Krankenbeobachtungen. Auch dieses Buch ist wie die bisherigen Arbeiten von Fritsch interessant geschrieben und bietet einen lehrreichen, reichhaltigen Inhalt. Jeder der sich mit Gynäkologie beschäftigt wird sich dafür dem Verf. zu Dank verpflichtet fühlen. Leider kann ich an dieser Stelle genauer auf den Inhalt dieses Berichtes nicht eingehen, will daher nur einige Einzelheiten von allgemeinerem Interesse hervorheben.

Fritsch wendet seit 3 Jahren bei seinen Operationen das aseptische Verfahren an. Beckenhochlagerung nach Trendelenburg erzielt er durch einen aus einer Kautschuckplatte gebogenen Bock, der unter das Kreuzbein der Pat. geschoben wird. Bei Chloroformasphyxien wird Pat. auf den Kopf gestellt, als Excitationsmittel bei schlechtem Pulse wird Uebergiessen von Brust und Beinen mit heissem Wasser gerühmt; dasselbe Verfahren wird bei langdauernden Operationen gegen Wärmeverlust angewandt. Die Drainage resp. Tamponade der Bauchhöhle kommt vorwiegend als Blutstillungsmittel in Anwendung, wobei das Ende des Gazestreifens aus dem unteren Wundwinkel geleitet wird. Nach Laparotomien wird von der Anwendung von Opiaten möglichst abgesehen, auch ist absolute Rückenlage keineswegs erforderlich, es darf vielmehr Rücken- und Seitenlage abwechselnd eingenommen werden. Bei älteren Personen wird ein häufiger Lagewechsel sogar angerathen. Bei inoperablen malignen Tumoren kann die Probeincision von Nutzen sein. Werden auch nur Theile der Geschwulst entfernt, so kann die Neubildung doch bei der Heilung der Wunden so in Schwarten und Adhaesionen eingebettet werden, dass sie mechanisch am Wachsthum gehindert wird. Häufig sieht man nach solchen Eingriffen den Ascites nicht wiederkehren, trotzdem der Tumor im Abdomen zurückblieb. Fritsch führt eine Kranke an, die er in solcher Weise 9 Mal laparotomirte, und stets für eine Zeit Wohlbefinden erzielte. Fieber resp. Peritonitis gilt nicht als Contraindication für die Ovariotomie. Bei malignen Ovarientumoren soll das andere, selbst scheinbar gesunde, Ovarium zur Vermeidung von Recidiven mit entfernt werden. Bei der Myomotomie ist die intraperitoneale Stielbehandlung die principiell richtige.

Fritsch wendet neuerdings ein neues Operationsverfahren, die präparatorische Abtragung des Myoms, an. Leider ist die Beschreibung desselben sehr kurz gehalten. Die Präventivligatur mit dem Gummischlauch bei Myomotomie und Kaiserschnitt wird als «Methode des Urzustandes der gynäkologischen Technik» verworfen. Der Castration als Palliativverfahren bei kleineren Myomen in jüngerem Alter wird volle Existenzberechtigung zuerkannt, nicht aber bei Hysterie. Bei der Diagnosestellung von Extrauteringraviditäten wird vor der Anwendung der Curette gewarnt. Der Ventrofixation hat sich Fritsch erst in neuester Zeit immer mehr zugewandt. Bei diagnosticirter Uterusruptur wird nach Entfernung der Placenta ein möglichst passives Verfahren — nicht einmal Drainage resp. Tamponade — empfohlen. Die gegebene Begründung dieser Anschauung hat viel für sich.

Das Buch, das natürlicherweise auch viel Bekanntes enthält, weist doch soviel interessantes Neues und zahlreiche praktische Winke auf, dass es voraussichtlich weite Verbreitung finden wird. W. Beckmann.

Mittheilungen

aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

18. Februar 1893.

Dr. Bergmann stellt einen Kranken vor, an welchem er mit glücklichem Erfolg die Schädeltrepanation ausgeführt hat.

Dr. Hampeln demonstrirt eine in ihrem unteren Ende besonders hochgradig sklerotische, verkalkte Aorta und knüpft daran die Bemerkung, dass in höherem Alter auftretende Schmerzen irgend welcher Art, Hemikranie, Ischialgie etc. fast stets auf gröbere anatomische Läsionen hinweisen. So müsse z. B. die Hemikranie in höherem Alter, die bei Kindern und Erwachsenen so oft rein funktioneller Natur ist, dort stets den Verdacht entweder eines Hirn-, Augen-, Ohrenleidens etc. oder von Allgemeinerkrankungen wecken, die erfahrungsgemäss häufig von Hemikranie gefolgt sind. Insbesondere komme hier die genuine Schrumpfniere in Betracht und dürfe man selbst bei in jeder Beziehung normaler Harnbeschaffenheit sich nicht verleiten lassen, sie auszuschliessen, da gerade die Schrumpfniere, wie schon Bartels hervorhebt, lange Zeit ein nach allen Richtungen verborgenes Dasein führen kann.

Ausser diesen genannten gebe es aber noch eine wichtige Ursache des in höherem Alter auftretenden neuralgiformen Schmerzes, nämlich die Arteriosklerose. Wenn auch das Genauere über den Zusammenhang zwischen Schmerz und Arteriosklerose noch nicht ermittelt sei, an ihm überhaupt könne man nicht zweifeln. Es wäre darum ganz passend diesen muthmaasslich auf Arteriosklerose beruhenden Schmerz den arteriosklerotischen zu nennen, wie auch schon geschehen ist. Ein Beispiel dieses Schmerzes liefert der die heutige Demonstration veranlassende Fall. Er betrifft eine Kranke im höheren Alter, die in den letzten 2 Jahren von häufigen, heftigen Schmerzen, besonders der linken Unterextremität, mit dem Charakter einer Ischias heimgesucht wurde. Dazwischen war das Befinden völlig normal. Es bestanden objective Zeichen einer Aortendilatation und Rigidität der peripheren Arterien. Der Harn enthielt weder Alb. noch Zucker. Vor einem halben Jahre entstand eine rechtseitige Hemiplegie mit Aphasie, mit dem Ausgange in relative Genesung, dagegen nahmen die früher nur angedeuteten stenokardischen Anfälle (Sternalschmerz und Erbrechen) einen immer heftigeren Charakter an und verlangten Morphiuminjectionen. Vor einigen Tagen endlich erfolgte in der Nacht plötzlich der Tod. Eine Eröffnung des Schädels unterblieb. Die Voraussetzung, dass allen wesentlichen Beschwerden eine locale periphere Arteriosklerose zu Grunde läge, fand durch die Section ihre Bestätigung. Wenigstens dürfte sowohl die hochgradige Coronarsklerose als die stärkste Entwickelung der Sklerose im unteren Theil der Abdominalaorta und der Iliacae communes, deren Anfang auf einer Seite in ein starres Kalkrohr verwandelt war, eine solche Auffassung rechtfertigen.

Dr. Krannhals demonstrirt 1) ein Cysto-sarcoma, welches bei einem einen Tag alten Kinde durch Operation aus dem Os sacrum entfernt worden ist, 2) ein sackförmiges Aneurysma.

Dr. Hampeln erläutert die bei Lebzeiten gestellte Diagnose. Zu dem von Dr. Krannhals demonstrirten Aneurysma eines Sinus Valsalvae bemerkt Dr. H., dass es von einer jungen, 29-jährigen Frau stamme, die vor ca. 2 Monaten unter den gewöhnlichen Erscheinungen der Herzinsufficienz, Dyspnoe, Anasarka, in die I. Abtheilung des allg. Krankenhauses eingekommen war. Die genauere Untersuchung ergab alsbald, dass es sich nicht um die gewöhnlichen Veranlassungen einer Herzinsufficienz, sondern um ein Aortenaneurysma handelte. Der pulsirende Tumor im Jugulum und im linken Infraclavicularraum, die entsprechende Dämpfung und ein systolisches Geräusch in ihrem Bereich bewiesen das. Um so auffallender die hochgradigen Circulationsstörungen, die bekanntlich im Verlaufe eines Aneurysma, da dieses als solches ja kein Circulationshinderniss bedeutet, eine seltene Erscheinung bilden und auf besondere Complicationen hinweisen. Da in diesem Falle weder ein Klappenfehler noch eine Myo- oder Pericarditis anzunehmen Veranlassung war, so musste an eine ungewöhnliche Ursache der hochgradigen, das Leben gefährdenden Circulationsstörung gedacht werden. Bekanntlich gefährdet das Aneurysma das Leben ausser durch Perforation in die benachbarten serösen Säcke, in die Lungen, die Luftröhre, den Oesophagus, in seltenen Fällen dadurch, dass es seinen Inhalt in das benachbarte Herz- oder Gefässinnere zurücktreten lässt. So kommt es zur Communication mit der Vena cava sup., einem sog. Aneurysma varicosum, in die Art. pulmonalis, die Vorhöfe oder Ventrikel. Das allgemeine und nicht blos auf die obere Körperhälfte beschränkte Oedem liess eben darum eine Perforation in die Vena cava sup. ausschliessen, der schwache Pulmonalton eine Perforation in die Pulmonalis oder den linken Vorhof. Es wurde darum eine in den rechten Vorhof oder Ventrikel erfolgte Perforation angenommen. Das systolische und mitunter diastolische Geräusch am linken Sternalrande erschien zu vieldeutig, um als Anhaltspunkt für die speciellere Diagnose Verwerthung zu gewinnen. Das Präparat lehrt nun, dass in der That eine Perforation des Aortenaneurysmas in den rechten Ventrikel und zwar den Conus arteriosus stattgefunden hat. Doch ist das in diesem Falle nicht das wesentliche Ergebniss gewesen, sondern als solches die Compression des Conus arteriosus und secundäre Insufficienz der Pulmonalklappen anzusehen, welche sicher schon längere Zeit bestanden und alle Erscheinungen ausreichend erklären, während die Perforation möglicherweise erst in die letzte Zeit gefallen ist. Dieser Fall nimmt insofern besonderes Interesse in Anspruch, als aus der Literatur ein diesem ganz gleicher zu ersehen ist. Er ereignete sich 1865 und ist von Colberg und Stendener 1869 im 5. Bande d. D. Arch. f. kl. Med. veröffentlicht worden, unterscheidet sich von unserem nur durch die fehlende Perforation. Die Thatsache dieser zwei ganz gleich verlaufenen Fälle legt es nahe in ähnlicher Lage in erster Reihe an diese Complication eines Aortenaneurysmas zu denken, ja in diesen Erscheinungen die Andeutungen einer Symptomatologie des Aneurysmas eines Sinus Valsalvae zu erblicken. In Bezug auf die Aetiologie meint Vortr. auch hier vor allem die Syphilis verdächtigen zu müssen. Allerdings ergab weder Anamnese noch objective Untersuchung für diese Annahme einen Anhaltspunkt; so verhalte es sich aber meist gegenüber der so häufigen latenten Syphilis der Frauen. Uebrigens sei auch in diesem Fall wenigstens ein Verdachtsmoment in der 5 Jahre währenden Sterilität der jungen, sonst kräftigen Frau gegeben. Ueber die Gesundheit des Mannes liegen günstige Berichte der Frau vor, doch hat er sich den Aerzten kein einziges Mal gezeigt, und wurde eine genauere Untersuchung in dieser Richtung dadurch unmöglich. Wenn Vortr. trotz des geringen Beweismaterials in diesem Falle an der Syphilis als Ursache festhalte, so geschähe es auf Grund wiederholter Beobachtung der innigen Beziehung zwischen Syphilis und Arteriosklerose des jugendlichen Alters, da ja Arteriosklerose die gewöhnliche Ursache des Aneurysmas sei. Damit soll aber nur ja nicht gesagt sein, dass Syphilis überhaupt die einzige oder auch nur wesentliche Ursache des arteriosklerotischen Aneurysma sei. Im Gegentheil, es concurriren mit ihr noch viele andere Schädlichkeiten, Alkoholismus, chron. Infectionen, Intoxicationen verschiedenster Art, Senilität, die alle sicher und sogar in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle als Ursache der Arteriosklerose anzusehen sind. Aber alle diese Schädlichkeiten wirken nur äusserst langsam, und produciren darum vorzugsweise die Arteriosklerose des höheren Alters. Der Syphilis hingegen ist es eigen, denselben Process rascher und schon in früheren Jahren zu erzeugen, wahrscheinlich sogar in einer von der gewöhnlichen abweichenden Form. Daher das nach seiner Beobachtung fast regelmässige Zusammenfallen eines Aneurysmas in jungen Jahren mit declarirter Syphilis, das Prävaliren desselben bei Männern, verheiratheten Frauen und den Christen.

Dr. Schmidt verliest einen Bericht über die augenblickliche Pockenepidemie im Stadtkrankenhause. Ein Fall von Purpura variolosa ist sterbend eines Abends eingekommen, und wegen baldigen Todes nicht Gegenstand klinischer Beobachtung gewesen. Von sonstigen initialen Exanthemen, also denjenigen, welche am ersten oder zweiten Fiebertage auftreten, zuweilen schon vor Ausbruch des Fiebers, wurden beobachtet:

1. Erytheme, bald masern-, bald scharlachähnlich. Beide Erytheme traten sowohl auf den Extremitäten, als auch am Rumpf auf. Auf den masernähnlichen Flecken entwickelten sich nur ausnahmsweise, und dann rudimentäre Pusteln, oft nur ein Bläschen. Bei diesen Erythemen waren die Allgemeinsymptome sehr schwer, die definitive Krankheit hingegen verlief sehr leicht mit nur wenigen Pusteln. Nur in einem Falle von exquisitem Scharlacherythem wurde dasselbe später pe-

techial, es bildeten sich zahlreiche hämorrhagische Pusteln, und unter starken Schleimhautblutungen ging Patient zu Grunde.

2) Hautblutungen. Ein Mal hatte ein scharlachähnliches Erythem einen Fond von extravasirtem Blut; der Fall verlief günstig. Sonst traten die initialen Blutungen in Form von kleinen dunkelbraun- oder blaurothen, wenig erhabenen Flecken auf, welche sich niemals zu Pusteln entwickelten, und mit Vorliebe auf den Inguinalgegenden, den Seitenflächen des Rumpfes und der Extremitäten sassen. Trat zwischen denselben secundär reichliche Pustelbildung auf, so war die Erkrankung eine sehr schwere und fast immer zum Tode führende. Doch konnte auch bei reichlichen initialen Petechien späterhin nur eine massige Pusteleruption und milde Variola nachfolgen.

Von diesen initialen Blutungen sind streng zu unterscheiden die im späteren Verlauf eintretenden. Leichte Blutungen in die Pusteln hinein brauchten keineswegs mali ominis zu sein. Wo aber gleichzeitig auch flächenhafte Blutergüsse in die Cutis und Blutungen aus den Schleimhäuten vorkamen, trat wohl ausnahmslos der Tod ein. Der Tod trat meist um die Zeit ein, wo die Pusteln am Gesicht schon eintrockneten. Ob das Fieber, die Eiterung, der Verlust des grössten Theils der Hautoberfläche die Todesursache war, liess sich nicht entscheiden. Bewusstlosigkeit und Delirien bei beginnender Suppuration waren ominös, aber auch bei völligem Bewusstsein trat der Tod ein. Wegen eingetretener Unmöglichkeit zu schlucken wurde in einer Reihe von Fällen mit der Schlundsonde gefüttert, aber in keinem Falle der Tod aufgehalten, obgleich reichlich Nahrung zugeführt und behalten wurde.

Die Therapie ist eine symptomatische, auf Linderung der Schmerzen, Herbeiführung von Schlaf und darauf gerichtet, dass der Kranke Nahrung und vor Allem Flüssigkeit zu sich nimmt.

Von Complicationen wurde ein Mal Pneumonie, 4 Mal Erysipel, eine Larynxstenose und eine acute Manie beobachtet. Fast keinem der von schwerer Variola Genesenen sind Hautabscesse erspart geblieben, oft in sehr grosser Anzahl traten dieselben auf, meist waren sie nur klein.

Vom 1. Juli 1892 bis zum 1. Februar 1893 haben 203 Kranke die Abtheilung passirt. Gestorben sind 42=20,7 pCt.

Kinder bis 9 Jahre waren 40, alle ungeimpft, von ihnen starben 18=45,4 pCt. Ueber 9 Jahre alt waren Ungeimpfte 36, von denen starben 16, also Mortalität 44,4 pCt.

Ueber 9 Jahre alt waren geimpfte 127, von denen sind gestorben 8, also eine Mortalität von 6,3 pCt.

Kein geimpftes Kind bis zum Alter von 9 Jahren ist überhaupt in die Abtheilung gekommen, so lange hat der primäre Impfschutz vorgehalten.

Keiner der vaccinirten Gestorbenen war revaccinirt worden.

Alle vaccinirten Gestorbenen waren über 20 Jahre alt.

Zwei grosse Wellen waren in der Frequenz der Abtheilung, die erste Ende November und erste Hälfte December; zum neuen Jahre leerte sich die Abtheilung bis auf 17 Personen. Dann aber stieg die Anzahl wieder und hat den bis jetzt höchsten Stand mit 64 erreicht. Es scheint aber, als sei der Verlauf im Ganzen nicht mehr so schwer, wie zu Beginn der Epidemie.

Dr. Pander betont im Jahre 1886/87 ungefähr dieselben Beobachtungen, wie Dr. Schmidt gemacht zu haben. Was die Ausbreitung des initialen Exanthems anbelangt, so ist ihm häufig solche in den Intercostalfurchen aufgefallen, wo entsprechend dem Verlaufe der Nerven sich markirende Figuren gebildet hätten. Dr. Pander glaubt daher einen Zusammenhang mit den Nervenendigungen annehmen zu müssen. Ausserdem hat Dr. P. auch Urticaria als Initialexanthem beobachtet. Auch Dr. Schmidt erinnert sich vereinzelter ähnlicher Beobachtungen.

Dr. Bernsdorff glaubt im nachfolgenden Fall ein längeres Incubationsstadium, als es gewöhnlich zu sein pflegt, annehmen zu müssen. Es handelt sich um eine Wöchnerin, welche am 6. Tage des Wochenbettes Fieber, am 7. Exanthem bekam. Dieselbe ist schon längere Zeit vor der Geburt wegen starker Blutungen nicht aus dem Hause gewesen und hat auch sonst keinen Verkehr mit der Aussenwelt gehabt.

Dr. Hampeln kann diesen Fall nicht als beweiskräftig ansehen, da doch immerhin ein gewisser Verkehr nicht ganz auszuschliessen ist und Dr. Bernsdorff sogar selbst der Infectionsträger gewesen sein kann.

Ferner berichtet Dr. Bernsdorff über 2 Kinder, welche er zum ersten Mal geimpft und welche, am 4. Tage an schwerer Variola erkrankt, allerdings genesen sind.

Dr. M. Schönfeldt referirt über folgenden Fall:

Am 27. Januar 1893 wurde ein 38 a. n. Mann mit ausgesprochenen Symptomen der Dementia paralyt. progr. aufgenommen. Bald darauf machte die zunehmend hochgradige motorische Erregung des Patienten und seine Neigung zu Gewaltthätigkeiten die Isolirung desselben nothwendig. Nachdem der Kranke bei körperlichem Wohlbefinden 2 Wochen lang, bald mit wollener Leibwäsche bekleidet auf seinem Lager, bald aber vorübergehend auch ganz nackt umheragirend, in der Isolirzelle zugebracht hatte, erschien er am 9. Febr. c. früh von einem leichten Schüttelfrost befallen. Temp. 38,1. Puls 90. Das Gesicht geröthet, leicht gedunsen, Bulbi injicirt, die Lippen ein wenig geschwellt, trocken borkig, von vereinzelten Herpesbläschen umgeben, Zunge belegt. Ueber Hals und Rumpf bis zur Mitte der Oberschenkel hinab ein ziemlich gleichmässiges scharlachrothes Erythem verbreitet. Trotz relativer Klarheit und Beruhigung keinerlei localisirte Schmerzen zu constatiren, nur allgemeines Unbehagen ersichtlich. Im Laufe des Tages wird die diffuse Röthe intensiver, dunkler. Temp. 38,9. Puls 88. Augen stark verschwollen. In der Nacht traten Ekchymosen unter der Conjunct. bulbi, am linken Vorderarm und in der Unterbauchgegend vereinzelte Petechien auf.

10. Februar 1893 früh 7 Uhr: Temp. 37,6. Patient wies den Kaffee zurück, trank 2 Glas Limonade. 8 Uhr plötzlicher Tod. Die Leiche durchweg in wenigen Stunden graulivid.

Beim Transport derselben in die Leichenkammer Abends geht die Epidermis beim Anfassen in grossen Stücken ab, die Haare fallen bei leisem Zuge büschelweise aus. (Temp. der Umgebung 6–8° R. +).

Section 30. h. p. m. Die Leiche gleicht dem Aussehen nach einer sog. Wasserleiche im Hochsommer; hochgradiger Verwesungsgeruch, das feuchte braun-rothe Corium meistentheils blossgelegt. Musculatur schlüpfrig, grau-braun verfärbt. Organe stark imbibirt, lassen keinerlei Structurverhältnisse mehr unterscheiden. Herz schlaff, Klappenapparat und Gefässe normal. Lungen oedematös, Milzpulpa zerfliesslich (Milz 15 Cm. lang 9 breit, 3 Cm. dick), Nieren ebenfalls imbibirt (13. 6. 3). Gehirn ganz zerfliesslich. Auf dem Dorsum der rechten Hand eine kleine Excoriation älteren Datums. Die Annahme einer Variola acutissima erschien nicht genügend begründet; da ferner Pat. die ganze Zeit über ohne Kleider und dazu noch in der Isolir-Abtheilung gelebt hatte, so muss die Zufuhr eines toxisch wirkenden Stoffes von aussen als ausgeschlossen angesehen werden. Es bleibt somit nur übrig, an eine — unbestimmt durch welche Eingangspforte — stattgehabte septische Infection schwerster Art zu denken; für letztere spricht der rapide Verlauf und vor Allem die überaus schnelle Zersetzung der Leiche.

Dr. Krannhals, welcher den Fall obducirt, berichtet, dass die Obduction keinen positiven Aufschluss gegeben hat. Es handele sich jedenfalls um eine schwere Form von Sep[...] wahrscheinlich bei irgend einer Infectionskrankheit.

Dr. Klemm glaubt Septikaemie annehmen zu können, trotzdem von den Anstaltsärzten Dr. Mercklin und Dehio [...]tont wird, dass irgend eine grössere Verletzung am Kranken nicht nachweisbar gewesen, ebensowenig eine Infectionsquelle aufzufinden gewesen wäre, — da leichte Abschürfungen leicht zu übersehen sind und das Infectionsmaterial an der Unterlage etc. haften könne, ohne als solches bemerkt zu werden.

Dr. Hampeln glaubt nicht in diesem Falle Septikaemie vermuthen zu können, da gegen diese Annahme die geschilderten diffusen Erytheme sprechen, welche er wenigstens nie in so ausgedehnter Weise bei Septikaemie weder selbst beobachtet, noch beschrieben gefunden habe.

Nachträglich erklärt Dr. Bergmann im Namen [...] Klemm's, in der Literatur doch Fälle gefunden zu haben, wo sehr ausgebreitetes Erythem bei Septikaemie beschrieben worden ist.

Z. Z. Secretär: Dahlfeld.

Auszüge aus den Protokollen

des Vereins der Revaler Aerzte vom Jahre 18[...]

Sitzung am 2. März 1892.

1) Herr Hansen berichtet über einen Fall von Hae[...]philie bei einem 11-jährigen Knaben. (Der Vortrag wird [...] extenso veröffentlicht werden).

2. Herr Baetge bespricht einen Fall von Bradycardie. [...] Patient, jetzt 46 Jahre alt, hatte vor 20 Jahren ein Ulcus [...] Praeputium gehabt, jedoch keine antiluetische Kur durchgemacht, und will stets gesund gewesen sein. Vor 3 Jahren constatirte B. ein bohnengrosses Geschwür an der rechten Tonsille, Cervical- und Cubitaldrüsen fühlbar. Eine Schmierkur brachte die Erscheinungen zum Schwinden, resp. zur Besserung. Ein halbes Jahr später klagte Pat. über Schmerzen in d[...] Unterschenkelknochen. B. verordnete Jodkali, wodurch [...] Schmerzen nachliessen. Bald darauf wurde er eiligst zum P[...] gerufen: dieser lag zu Bett unter hochgradigem Angstgefühl und Herzbeklemmungen. Es erfolgten nur acht Herzcontractionen in der Minute. Sonst ergab die physikalische Untersuchung nichts Abnormes. Da kein Klappenfehler oder Fett[...]herz vorzuliegen schien, nahm B. eine Myocarditis oder ein[...]

Endarteriitis coronaria auf luetischer Basis an und verordnete Ungt. ciner. 5,0 p. die. Schon nach 4 Inunctionen am 3. Tage stieg die Pulsfrequenz auf 40 Schläge in der Minute, abends auf 80 Schläge. Pat. fühlte sich wohl, und konnte unter fortgesetzter Schmierkur schon nach einigen Tagen arbeiten. — Vor einigen Wochen sah B. den Pat. wieder; er will im Laufe der letzten Jahre noch einige Male ähnliche Erscheinungen, wenn auch nicht in gleicher Stärke, gehabt haben, und hat jedes Mal 10 Päckchen Ungt. ciner à 5,0 mit Erfolg dagegen angewandt. — Die Untersuchung des Herzens ergab auch jetzt nichts Abnormes. — B. nimmt ex juvante medicamento Syphilis als Ursache der Bradycardie an. Gegen eine Vagusreizung spreche das Fehlen aller sonstigen Symptome; eine Lähmung der im Herzen liegenden automatischen Centren erscheine wahrscheinlicher, und zwar auf Grundlage einer Erkrankung der ernährenden Coronararterie.

Sitzung am 4. Mai 1892.

1. Herr Baetge spricht über die prognostische Bedeutung eines sanguinulenten Exsudats bei acuter Pleuritis. Meist wird einem solchen eine üble Vorbedeutung zugeschrieben, indem es als auf Tuberculose beruhend aufgefasst wird; es kann aber auch unschuldiger Natur sein, wenn es in Folge von mehrfach recidivirender Pleuritis auftritt, wie B. es kürzlich sah. Der Verlauf ist dann ein völlig normaler und günstiger. — Sanguinulentes Pleuraexsudat kommt ferner vor bei Morbus maculosus Werlhofi, bei Scorbut und Carcinom.

Herr Hansen hat bei einem alten Manne mehrere Liter eines stark blutigen mit Coagulis versetzten Pleuraexsudats durch Punction entleert, in einer späteren Sitzung noch an ½ Liter. Patient wurde völlig gesund und starb 1 Jahr später an Lithiasis.

Sitzung am 5. October 1892.

1. Herr Heidenschild theilt mit, dass der von der Stadtverwaltung in Berlin bestellte Desinfectionsapparat eingetroffen und bereits aufgestellt sei. Es stehe Jedermann frei gegen eine bestimmte Zahlung Kleider, Betten etc. desinficiren zu lassen.

2. Herr Greiffenhagen theilt folgende Fälle aus seiner chirurgischen Praxis mit:

a) 63-jähriger Mann, weit vorgeschrittenes Sarcom der linken Halsseite. Bei der Operation mussten die Vena jugularis int. und die Carotis communis in der Ausdehnung von ca. 3 cm. resecirt werden. Beim Emporheben des Tumors ereignete es sich darauf, dass der N. phrenicus zur Hälfte durchgerissen wurde. Es trat Athembeschleunigung ein, die aber nur etwa eine Minute dauerte. Auch später keine Erscheinungen, die auf Verletzung des N. phrenicus deuteten. Pat. wurde am 10. Tage entlassen.

b) 46-jährige Frau, Carcinoma mammae, Amputatio mammae mit Ausräumung der Achselhöhle und Resection der Vena subclavia. Beim Isoliren einer dem centralen Stumpf der Vena subclavia anliegenden Lymphdrüse glitt die Ligatur der Vene ab. Sofort erfolgte unter lautem Schlürfen Aspiration von Luft; die Vene wurde gefasst und unterbunden. Weder in der Herzaction noch in der Athmung trat eine Störung ein. Glatte Heilung.

c) 25-jähriges Mädchen, mediane Ventralhernie mit Symptomen des Ileus. Laparotomie, Heilung. (ist veröffentlicht in Nr. 51 1892 dieser Zeitschrift).

d) 40-jähriges Mädchen, Wanderniere, Nephroraphie, Heilung.

e) 66-jähriger Mann, Hydronephrose. Zweizeitige Operation, Heilung. (Die beiden letzten Fälle sollen in extenso veröffentlicht werden.)

Sitzung am 2. November 1892.

1) Herr Baetge berichtet über einen Fall von Stauungsleber. Patient, 55 a. n., litt seit mehreren Jahren an Herzbeschwerden und Athemnoth. Seit ca. 4 Monaten Druck in der Magengrube und Schmerzen. 27. October Aufnahme in die Diakon.-Anstalt. Stat. praes.: schwer leidender Mann, kann nur mit Mühe stehen und einige Schritte machen. Lungen gesund, Herzgrenzen normal, Töne schwach aber rein. Pulsus irregularis, klein, 140—150 Schläge pro Minute. Temporal- und Radialarterien stark geschlängelt und rigid. Leber stark vergrössert; obere Grenze normal, 6. 7. 9. und 11. Rippe. Untere Grenze im Stehen bis ca. 1 Zoll unterhalb der horizontalen Nabellinie reichend. Der untere Leberrand rund, Oberfläche weich, bei bimanueller Palpation fast das Gefühl der Fluctuation. Milz nicht vergrössert, Magen und Darmfunctionen normal, kein Ascites; Urin spärlich 400 Ccm. in 24 St., enthält kein Eiweiss od. Zucker.

Diagnose: Allgemeine Arteriosclerose, Sclerose der Coronararterien und wahrscheinlich Myocarditis; Stauungsleber oder Echinococcus? Die Aspiration mit der Pravaz'schen Spritze ergab nur venöses Blut. — Ord. Bettruhe, Pulv. folg. Digital. O. 12, vier mal täglich.

28. Oct. Urin reichlich, ca. 2000 Cubcm. Die Leber erscheint etwas kleiner, die Schmerzen haben nachgelassen; der Puls wird langsamer.

29. Oct. Leber bedeutend abgeschwollen, keine Schmerzen. Puls noch unregelmässig, aber kräftiger, 80 Schläge in der Minute. Digitalis wird fortgelassen.

2. Nov. Die Leber nur noch wenig grösser, als normal. Puls noch unregelmässig, ziemlich kräftig, 76 Schläge in der Minute. Allgemeinbefinden gut. — Hansen meint, es müsse doch wohl Dilatation des Herzens bestanden haben, trotz fehlenden physikalischen Symptomes. Nach Fränzel könne namhafte Herzdilatation bestehen, ohne dass sie percutorisch nachweisbar sei (stärkere Wölbung des Sternum). Andere Symptome müssten entscheiden, namentlich der verstärkte 2. Pulmonal- — resp. Aortenton.

2) Herr Knüpffer machte bei einer 21-jährigen Nullipara, die an Schmerzen im Kreuz und dysmenorrhoischen Beschwerden litt, die Vaginofixation des retrovertirten, leicht beweglichen Uterus, nach stumpfer Lösung der Blase von der Cervix (nach Mackenroth). Vorausgeschickt wurde die Abrasio der Uterusschleimhaut und darauf folgende Jodinjection. Die Heilung verlief normal, der Effect ist eine völlig normale Anteflexionsstellung des Uterus. 4 Tage nach der Operation stellte sich die Periode ein.

3) Herr Hansen hat in letzter Zeit nur bei Kindern mehrfach folgendes Krankheitsbild beobachtet: acutes Fieber, welches sogleich mit 39—40° C. und hoher Pulsfrequenz einsetzt, 1 bis 2, seltener bis zum 5. Tage anhält, und dann mit fast kritischem Abfall wieder schwindet, um subnormalen Temperaturen, sogar bis zu 35,8 Platz zu machen, ohne dass irgend welche Localerscheinungen aufgetreten wären. Namentlich sind gar keine Zeichen einer gestörten Verdauung vorhanden, ebensowenig ist der Respirationstractus betheiligt; dagegen macht sich eine auffallende Apathie und leichte Somnolenz bemerkbar; man macht sich auf die Invasion einer schweren Infectionskrankheit gefasst und — in 24—36 Stunden ist meistentheils der ganze Sturm vorüber. Dabei deutet der ganze Verlauf auf eine Infectionskrankheit hin (Ephemera), denn H. hat öfters das gleichzeitige sporadische Auftreten solcher Fieberanfälle in verschiedenen Familien beobachtet, aber auch eine offenbare Uebertragung, und zwar im Verlauf von einer Woche, auf Kinder in derselben Familie. Ihm scheint also die Contagiosität nicht zweifelhaft. Eichhorst (Handbuch 1891) hat einen ganz ähnlichen Symptomencomplex, jedoch auch bei Erwachsenen, geschildert in welchem sich aber mehr gastrische Störungen in den Vordergrund drängen, weshalb er der Krankheit auch den Namen febris herpetica ertheilt hat, im Uebrigen aber denselben Verlauf beobachtet hat und ebenfalls die in Rede stehende Krankheit für ein Infectionsfieber von sehr geringer — ephemerer — Dauer hält.

Herr Meder hat ähnliche Fälle gesehen und ist geneigt dieselben mit der Influenza in Zusammenhang zu bringen.

Sitzung vom 7. December 1892.

1) Herr Plotnikow demonstrirt einen Patienten, an dem er die Totalexstirpation des Unterkiefers ausgeführt hat. Patient war 10 Jahre Arbeiter an einer Zündhölzchenfabrik. Schon vor einigen Jahren stellten sich Schmerzen im Gesicht und Schwellung desselben ein. Die Untersuchung ergab Necrose der rechten Hälfte des Unterkiefers. Ein halbes Jahr später hatte sich der Zustand so verschlimmert, dass die Totalexstirpation gemacht werden musste. Operation verlief glatt. Die Heilung wurde durch die Abstossung einiger zurückgelassener Stücke der Todtenlade verzögert. Es hat sich vom Periost aus eine Knochenspange in Gestalt eines kleinen Unterkiefers gebildet, welche Pat. das Essen und (freilich nicht ganz deutliche) Sprechen möglich macht. (Der Unterkiefer mit den anhaftenden Theilen der Todtenlade wird gleichfalls demonstrirt.)

2) Herr Clever demonstrirt den Schädel eines neugeborenen Kindes mit Hydrocephalus congenitus externus. Das Kind wurde zum richtigen Termin geboren, erschien normal entwickelt, hat aber nicht geathmet. Bei Eröffnung des Schädels stürzte eine grosse Menge wässeriger Flüssigkeit hervor, als Gehirn liess sich nichts mehr als ein wallnussgrosses Gebilde über dem Foramen magnum nachweisen. Die Dura mater erschien rosenroth gefärbt, sammetartig, verdickt.

3) Herr Greiffenhagen referirt über folgende Fälle aus seiner chirurgischen Praxis.

a) Subacute, fibrinös-eitrige Peritonitis bei einem 28-jährigen Manne.

b) Fibromyoma uteri bei einer 46-jährigen virgo. Myomotomie Tod 7 Wochen nach der Operation.

(Beide Fälle sollen in extenso veröffentlicht werden).

Vermischtes.

— Am 6. Juni beging in Warschau einer der Senioren der dortigen Aerzte, Prof. Dr. Ludwig Nathanson das 50-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. Der Jubilar, welcher am 12. September 1821 zu Warschau geboren ist, begann seine medicinischen Studien an der ehemaligen Wilnaschen med. Academie und setzte dieselben nach Aufhebung der Academie an der Dorpater Universität fort, wo er von 1840—43

studirte und im letztgenannten Jahre die Doctorwürde erlangte. Seine praktische Thätigkeit begann N. als Arzt an einem Hospital in Dünaburg, siedelte aber später nach Warschau über, wo er Arzt und längere Zeit auch Professor an der Universität war. Im Jahre 1847 gründete er mit den DDr. Lebrun und Helbig die polnische medicinische Zeitschrift «Tygodnik Lekarsky», welche er viele Jahre redigirte. Einige Zeit hindurch war der Jubilar auch Präsident der Warschauer medicinischen Gesellschaft.

— Verabschiedet: der Corpsarzt des XIV. Armeecorps, wirkl. Staatsrath Dr. Birjukow.

— Verstorben: 1) Am 21. Juni in Riga der Senior der dortigen Aerzte, wirkl. Staatsrath Dr. Benjamin Georg v. Lange, im 81. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Kurland und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1834—40 studirte. Nach Erlangung des Arztgrades wurde L. Militärarzt und war als solcher successive Bataillonsarzt des Ingermannländischen Regiments, Ordinator am Tiraspoler und darauf am Rigaschen Militärhospital, Festungsarzt zu Dünamünde, Oberarzt des Militärhospitals ebendaselbst, Oberarzt des Selengaschen Infanterieregiments, stellvertretender Divisionsarzt der XI. Infanterie-Division, Oberarzt des Militärhospitals in Uman (Gouv. Kiew). Nach 25-jährigem Dienst im Militär-Medicinalressort, nahm er seinen Abschied und liess sich als praktischer Arzt in Riga nieder. Der Verstorbene ist in drei Kriegen als Arzt thätig gewesen: 1855 im Krimmkriege, 1863 in der polnischen Campagne und 1877/78 auf dem Kriegsschauplatze an der Donau. Noch im vorigen Herbst veröffentlichte der geistig frische Veteran eine kleine Brochüre über die Cholera, in der er seine bei früheren Epidemien gesammelten Erfahrungen niederlegte. 2) Am 22. April in Jalta der Stadtarzt von Michailow, Jakob Alexander, im 28. Lebensjahre an acuter Lungentuberculose. Der Verstorbene hatte in Moskau studirt und war darauf einige Zeit Landschaftsarzt im Rjasanschen Kreise. 3) Am 26. Mai in Kolomna der Arzt an der Cholerabaracke der Moskau-Kasanschen Eisenbahn, W. A. Anorow an Phthisis im 29. Lebensjahre. 4) In Taganrog der Landschaftsarzt Paul Schewelew im 40. Lebensjahre an acuter Pneumonie. Er hat 3 Kinder ganz mittellos hinterlassen. 5) Am 29. Mai in Starodub der Stadtarzt Michael Miklucha im Alter von 57 Jahren am Flecktyphus. Der Heimgegangene erfreute sich grosser Popularität und Liebe in der Stadt. Die Stadtverwaltung beabsichtigt daher ein Kapital zu einer wohlthätigen Stiftung auf den Namen Dr. Miklucha's zu sammeln. 6) Am 23. Juni n. St. in Berlin Professor Dr. Wilh. Zuelzer, einer der angesehensten Docenten der dortigen med. Facultät an einer Influenzapneumonie im 59. Lebensjahre. Die wissenschaftliche Thätigkeit des Verstorbenen war eine recht vielseitige. In der letzten Zeit beschäftigte er sich hauptsächlich mit der medicinischen Chemie. Von ihm existirt ein treffliches Lehrbuch der Harnanalyse. Ein grösseres Lehrbuch der Krankheiten der Harnorgane, an welchem er bis in die letzten Tage hinein arbeitete, ist leider unvollendet geblieben. Seit 1889 gab Z. das «Internationale Centralblatt für Physiologie und Pathologie der Harn- und Sexualorgane» in Gemeinschaft mit hervorragenden Autoritäten verschiedener Länder heraus. Im Jahre 1865 war Zuelzer in Russland, um den Typhus recurrens an Ort und Stelle zu studiren. 7) Am 25. Juni in Upsala der Professor der Psychiatrie an der dortigen Universität Dr. Nils Kjellberg, im Alter von 66 Jahren. Der Verstorbene war einer der hervorragendsten Psychiater Schwedens und wurde auf dem Congress in Kopenhagen (1884) in der Section für Psychiatrie zum Ehrenpräsidenten für Schweden gewählt. Prof. Kjellberg war der grösste Tabaksfeind. Während seiner langjährigen Wirksamkeit als Psychiater glaubte er festgestellt zu haben, dass der übertriebene Gebrauch von Rauch- oder Schnupftabak eine der gewöhnlichen Ursachen der Sinnesverwirrung ist.

— Der Professor der Augenheilkunde an der militär-medicinischen Academie, Dr. W. J. Dobrowolski, hat mit dem Schluss des Semesters seine Lehrthätigkeit an der Academie definitiv aufgegeben. Von seinen ehemaligen Schülern waren aus verschiedenen Gegenden des Reiches und auch aus dem Auslande Photographien gesandt worden, welche in einem prächtigen Album dem scheidenden Lehrer bei dieser Gelegenheit überreicht wurden.

— Dr. N. Krusenstern (Riga) ist nicht, wie in Nr. 23 irrthümlich berichtet wurde, zum livländischen, sondern zum estländischen Gouvernements-Medicinalinspector ernannt worden.

— Das Reformproject, welches im Ministerium des Innern bezüglich der öffentlichen Fürsorge für Kranke und der administrativen Organisation des Hospitalwesens ausgearbeitet worden ist, hat, wie verlautet, bereits die Bestätigung des Reichsrathes erlangt. Mit dem neuen Statut werden so manche Missstände, welche sich während der Verwaltung der Krankenhäuser durch das Collegium der allgemeinen Fürsorge, noch mehr aber, seit diese Krankenhäuser i. J. 1864 in die Verwaltung der Landschaften übergingen, fühlbar machten, in erfreulicher Weise beseitigt. Das neue Statut geht von dem Grundgedanken aus, dass die Bevölkerung des Landes ein unbestrittenes Anrecht auf Krankheitsbehandlung hat und dass die Krankenhäuser als Organe des staatlichen Sanitätswesens anzusehen sind. Die Zahlung und die Aufnahme ins Krankenhaus wird daher geregelt und die lästige Bestimmung der Beibringung einer gesetzlichen Legitimation seitens der Kranken behufs Aufnahme ins Hospital aufgehoben. Ebenso wird der bisherige Uebelstand, dass der Oberarzt des Krankenhauses und der Aufseher desselben ganz unabhängig von einander wirkten, abgeschafft. Die Verwaltung jedes Krankenhauses soll jetzt dem Oberarzt als dem Director desselben zustehen, während der Aufseher ihm in Allem untergeordnet ist. Die Ernennung und Absetzung der Aerzte in den Krankenhäusern der drei ersten Kategorien wird der Regierung vorbehalten, wodurch die so häufig vorgekommenen Conflicte zwischen den Aerzten und Landschaften vermieden werden sollen.

— Am 30. Juni beging der berühmte deutsche Hygieniker, Prof. Dr. Max v. Pettenkofer in München, sein 50-jähriges Doctorjubiläum. Die Aerzte Münchens, sowie die zahlreichen Schüler des allverehrten Meisters, die aus Nah und Fern nach München geeilt waren, um den Ehrentag ihres einstigen Lehrers festlich zu begehen, bereiteten dem greisen Gelehrten herzliche Ovationen.

— Der Privatdocent und Assistent am hygienischen Institut in Breslau, Dr. H. Bitter, ist zum Leiter des neuerrichteten hygienischen Instituts in Alexandria berufen worden.

— Der IX. Congress der russischen Naturforscher und Aerzte, welcher mit Allerhöchster Genehmigung vom 3.—11. Januar 1894 in Moskau stattfindet, wird folgende 11 Sectionen haben: 1) für reine und angewandte Mathematik und Astronomie; 2) für Physik; 3) für Chemie; 4) für Mineralogie und Geologie; 5) für Botanik; 6) für Zoologie; 7) für Anatomie und Physiologie des Menschen und der Thiere; 8) für Geographie, Ethnographie und Anthropologie; 9) für Agronomie; 10) für wissenschaftliche Medicin und 11) für wissenschaftliche Hygiene.

— In Mitau ist in der vorigen Woche Fräulein Caroline v. Tieden gestorben, welche am 28. April d. J. bei voller geistiger Frische ihren 100. Geburtstag feierte.

— Die Zahl der Curgäste in den kaukasischen Mineralbädern betrug bis zum 6. Juni bereits 1395 Personen.

— Der bekannte französische Biologe, Prof. Armand Gautier, hat im Gesundheitsrathe des Seine-Departements den Antrag gestellt, dass durch Anschläge das Ausspucken in den öffentlichen Fuhrwerken (Tramway, Omnibus) verboten werde.

— Der diesjährige Congress der französischen Gesellschaft pour l'avancement des sciences wird vom 3.—10. August in Besançon unter dem Vorsitz Professor Bouchard's stattfinden.

— Von einem Herrn Frédéric Chevalier ist bei der Pariser Académie de médecine ein Preis von 6000 Frcs. gestiftet worden, welcher alle zwei Jahre dem Verfasser der besten französischen Arbeit über die Phthisis und ihre Behandlung verliehen werden soll.

— Ueber den Gang der Cholera in Russland bringt das neueste Bulletin des Medicinaldepartements Nachrichten aus 3 Gouvernements, nach welchen in dem Gouv. Orel vom 2.—12. Juni 11 Choleraerkrankungen und 5 Todesfälle, in der Stadt Orel vom 6.—12. Juni 6 Erkrank. und 4 Todesf., im Gouv. Simbirsk vom 26. Mai bis 5. Juni 1 Erkr., kein Todesfall und im Gouv. Tula vom 30. Mai–12. Juni 8 Erkr. und 3 Todesfälle vorgekommen sind. Ausserdem werden aus den Gouvernements Moskau und Woronesh je 1 choleraverdächtige Erkrankung und je ein choleraverdächtiger Todesfall, sowie aus dem Gouv. Pensa 1 choleraverdächtiger Erkrankungsfall gemeldet. In den übrigen Gouvernements des Reiches sollen nach dem Bulletin keine Choleraerkrankungen vorgekommen sein. Letztere Angabe erscheint uns aber zweifelhaft, namentlich bezüglich Podoliens, von wo noch in dem vorigen Bulletin eine bedeutende Zunahme der Erkrankungen und Todesfälle an der Cholera (für die Zeit vom [illegible] Mai — 5. Juni 102 Erkrankungen und 31 Todesfälle) gemeldet wurde.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 19. Juni d. J. 6001 (19 mehr als in der Vorw.), darunter 178 Typhus- (15 mehr), 513 Syphilis — (7 mehr), 55 Scharlach — (1 weniger), 6 Diphtherie — (1 mehr), 23 Masern — (5 mehr) und 30 Pockenkranke (8 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Es wird ein Landschaftsarzt zur Leitung eines Dorfhospitals im Kreise Duchowschtschina (Gouv. Smolensk) gesucht. Gehalt 1000 Rbl. jährlich nebst freier Wohnung. Adresse: «Духовщинская Земская Управа».

2) In der Stadt Wladimir ist die Stelle des Arztes

an dem städtischen Krankenempfangs-Asyl erledigt. Derselbe hat zugleich die Aufsicht über die Erfüllung der Sanitätsmassregeln seitens der Hausbesitzer zu führen. Die Gage ist auf 500—600 Rbl. jährlich. festgesetzt. Adresse: «Владимірская Городская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 13. bis 19. Juni 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
338	238	576	147	49	71	12	6	23	49	41	58	38	44	31	5	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 9, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 3, Masern 1, Scharlach 10, Diphtherie 3, Croup 1, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 10, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 85, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 46, Marasmus senilis 27, Krankheiten des Verdauungscanals 82, Todtgeborene 22.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Fr. **Amalie Schulze**, Офицерская 55/17, кв. 93.

Frau **A. Wiander**, Вас. Остр. 7 л. д. 6, кв. 6.

Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.

Frau **Marie Kubern**, Мойка 84, кв. 19.

Sophie Jordan, Вас. Остр., 10 лин. д. 11, кв. 9.

SEEBAD SASSNITZ auf der Insel Rügen.

Aeltester und renomirtester Badeort auf Rügen. Comfortabel und doch billig. Direct am Strande belegen und umgeben von den herrlichsten Buchenwaldungen in meilenweiter Ausdehnung. Geschützt gegen Ost- und Nordostwinde. Täglich **sterilisirte Milch aus der Molkerei am Victoria-Park** zu Berlin. Mit Stettin, Swinemünde und Greifswald tägl. bequeme Dampferverbindung. Landung und Einstieg in dem neuerbauten grossen Hafen Sassnitz. Die Dampfer, welche wöchentlich zweimal nach Dänemark und Schweden von Stettin resp. Swinemünde fahren, laufen in Sassnitz an. **Bahnstation Crampas-Sassnitz.** Bequeme Verbindungen nach jeder Richtung. Wohnungen allen Wünschen entsprechend jeder Zeit zu haben. Weitere Auskunft ertheilt gern

(85) 11—5 **Die Badeverwaltung.**

Das Handelshaus
ALEXANDER WENZEL

St.-Petersburg, Gorochowaja 33.

Lieferant für Apotheker. Hospitäler, Drogueisten Regimenter und viele Landschaften

Engros Lager.

Verband Mittel: für Bandagen, Brüche, Wachstuch, Schwämme, Pinsel, Barometer, Maximal-Zimmer u. Fenster-Thermometer, Areometer. Spiritometer, Brillen, Conserven, Pince-nez, Binocle, Theater-Lorgnetten, Katheter, Harnröhrsonden. Pulverisatore zur Erfrischung und Desinficirung der Zimmer.

Instrumente: für Amputationen, zum Verbinden für Resectionen, für Hebammen u. s. w. Arzenei und Feldscheer-Geräthe, Zähneschlüssel Zangen und Zubehör. Veterinar-Instrumente und Schienen.

Kopf und Zahnbürsten, Guttaperha und Hornkämme. Zubehör für Massage. Pulver ohne Geruch von Satow für Desodorationen und Gruben-Ausscharren. Waterclosets u. m. Andere.

Illustrirte Preiscourante werden gratis zugesandt. (57) 12—3

Bad Kissingen

Bayern (Unterfranken).

Dauer der Saison:
1. Mai bis 1. October.
Bäder im Aktienbade vom 15. April ab bis 20. Oktober.
Direkte Bahnverbindung mit allen gröss. Stationen Mittel-Europas.

Kohlensäurereiche, eisenhaltige **Kochsalzquellen.** Allgemeine Süsswasserleitung, Schwemmkanalisation. **Choleraimmun.**

Prospekte uud Aufschlüsse von dem Kurverein Bad Kissingen.

Bahnstation Muszyna-Krunica
von Krakau 8 Std.
» Lemberg 12 Std.
» Budapest 12 Std.

K. k. Kur-Anstalt
KRYNICA (in Galizien)
reichhaltiger Eisensäuerling.

Post loco drei Mal des Tages Telegraphenstation Apotheke.

in Karpathen 590 mtr. Seehöhe. Von der Bahnstation eine Stunde sehr gut erhaltenen Fahrweges entfernt. — **Cur-Mittel:** Subalpines Klima, eisenhaltige an Kohlensäure sehr reichhaltige nach dem Schwarz'schen System erwärmte Mineralbäder (Im J. 1892 wurden über 32000 verabfolgt). Moorbäder mittelst Dampf erwärmt i. J. 1892 verabfolgt 12000) Gasbäder aus purer Kohlensäure. **k. k. Hydropatische Anstalt** unter der Leitung des Specialisten Dr. H. Ebers (im J. 1892 wurden über 2700) Proceduren ertheilt). Das Trinken der in- und ausländischen Mineralwässer; Molke, Kefir, Heil-Gymnastik. Brunnenarzt Dr. L. v. Kopf ordinirt bleibend während der ganzen Bade Saison. Ueberdiess ordiniren in Krynica noch 12 frei prakticirende Aerzte. **Anlagen und Spaziergänge** Grosser Nadelholzpark musterhaft erhalten, nähere und weitere Ausflüge in die anmuthigen Karpathen. Wohnungen über 1500 Zimmer comfortabel eingerichtet mit completten Bettzeug, Bedienung, electrischen Glockenzügen, mit Heizöfen etc. Röm. und gr.-kath. Kirchen. Prachtvolles Curhaus, mehrere Restaurants, mehrere Privatpensionate, Milchnerei, Zuckerbäckereien. Musik-Orchester unter Leitung des A. Wronski seit 21. Mai Ständiges Theater, Concerte. Frequenz im J. 1892: 4600 Pers. **Die Saison vom 15. Mai bis 30. Sept.** In Mai, Juni u. Sept. die Preise d. Bäder, Wohnungen und der Kost in dem Haupt-Restaurant billiger. Der Mineralwasser-Versandt vom April bis Nov. Depots in grösseren Städten des In- und Auslandes. Ueber Verlangen ertheilt Auskünfte

(54) 6—5 **Die kais. königl. Brunnen-Verwaltung in Krynica (Galicien).**

Dr. Albert Rosenau (L R C P Lond.), früher Volontärassistent d. k. Frauenklinik München, praktiz. in seiner Heimathstadt **Bad Kissingen.** (Wohnung Hôtel Victoria) Behandlung von geeigneten gynäk. Fällen durch Massage n. Thure Brandt u. Elektrotherapie n. Apostoli. (77) 6—6

BAD EMS (38) 12—11

Quehl's Inhalatorium für Erkrankungen der Athmungsorgane.

Apparate nach Jahr, Mathieu, Waldenburg, Wassmuth, (Zimmerzerstäubung—neu in Ems) für Sauerstoff nach Heyer, etc. Bedeutend vergrössert und vom 15. Apr.—15. Oct. geöffnet. Special-Verordnung eines mit den Wirkungen der div. Apparate vertrauten Arztes erforderlich.

Auskunft u. Prospecte stehen gern zur Verfügung. **Die Direction.**

Vom 15. Juni bis Anfang August practicirt bei **Merreküll**, Villa von Oettingen

(91) 3—3 **Dr. med. R. Otto.**

Zu haben bei den Droguisten und Apothekern. Man verlange **Saxlehner's Bitterwasser.** (90) 26—4



Die Freunde unserer Quelle werden gebeten beim Einkaufe auf die hier beigedruckte Schutzmarke (Portrait) zu achten.

Eigenthümer: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST.

BAD NAUHEIM. Dr. M. Bruck.
bei Frankfurt a./M. Wint.: Rapallo b. Genua.

Verlag v. AUGUST HIRSCHWALD i. Berlin.

Soeben erschienen die 1. und 2. Abtheilung:

Jahresbericht
über die
Leistungen und Fortschritte
in der
gesammten Medicin.

Unter Mitwirkung zahlreicher Gelehrten herausgegeben von
Rud. Virchow und **Aug. Hirsch.**
27. Jahrgang. Bericht für das Jahr 1892.
2 Bände (6 Abtheilungen).
Preis des Jahrgangs 37 Mark.

Дозв. ценз. Спб. 25 Іюня. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge **X.** Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 27 St. Petersburg, 3. (15.) Juli **1893**

Fünfter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der fünfte Aerztetag findet in Dorpat vom 1—3. September d. J. statt.

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht überschreiten darf, werden die Herren Aerzte ersucht, unter genauer Angabe des Themas und kurzer Wiedergabe des Inhalts baldmöglichst,

spätestens aber bis zum 15. Juli a. c.,

bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes:
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart-Fellin.

Klinische Erfahrungen über die Cathartinsäure der Senna.

Von

Prof. Dr. Karl Dehio.
in Dorpat.

Obgleich die Rhabarberwurzel, die Faulbaumrinde und die Sennesblätter zu den ältesten und am meisten gebrauchten Purgirmitteln gehören, so ist es bis jetzt doch nicht gelungen, die wirksame Substanz derselben in völliger Reinheit zu isoliren. Mit einiger Sicherheit ist nur festgestellt, dass der Stoff, welcher die laxirende Wirkung der genannten Droguen bedingt, in allen Dreien entweder sehr nahe chemische Verwandtschaft besitzt, oder vielleicht identisch ist. Zunächst hat Kubly[1]) aus den Folia Sennae eine Substanz abgeschieden, welche er für das wirksame Princip der Blätter hielt und mit dem Namen Cathartinsäure belegte. Diese Kubly'sche Substanz ist jedoch von sehr ungleicher und unzuverlässiger Wirkung und daraus allein lässt sich schon schliessen dass sie nicht einen chemisch reinen Körper darstellt. Dasselbe gilt von den Präparaten anderer Autoren, auf die ich nicht weiter eingehe. Deshalb hat auf Prof. Dragendorff's Vorschlag der Mag. pharm. A. Gensz[2]) im hiesigen pharmaceutischen Laboratorium von Neuem den Versuch gemacht, das wirksame Princip der Senna zu isoliren, und in der That ist es ihm auch gelungen eine Substanz herzustellen, welche sich regelmässig in gleicher zuverlässiger Wirksamkeit aus den Sennesblättern gewinnen lässt. Die Methode der Darstellung ist in der citirten Gensz'schen Dissertation angegeben und kann daselbst nachgelesen werden. Obgleich diese Substanz nicht mit der von Kubly hergestellten identisch ist, so hat Gensz ihr doch auch den Namen Cathartinsäure gegeben. Sie ist ein gelbbraunes Pulver, welches schwer in kaltem, leichter in heissem Wasser löslich ist und schwach sauer reagirt; es fragt sich aber noch, ob sie wirklich als rein im chemischen Sinne angesprochen werden kann, und ob sie in der That die Qualitäten einer Säure besitzt. Nähere Untersuchungen, die unter Prof. Dragendorff's Leitung fortgeführt werden, sollen das noch erst feststellen und zugleich die Frage entscheiden, ob die Gensz'sche «Cathartinsäure» mit dem wirksamen Princip der Frangula und des Rheum identisch ist oder nicht.

Für den Arzt ist es nur wichtig festzustellen, ob die Gensz'sche Substanz die ihr zugeschriebenen purgirenden Eigenschaften besitzt und ob sie in der Praxis verwerthet zu werden verdient.

Schon Gensz selbst hat an sich und andern gesunden Personen durch mehrfache Versuche festgestellt, dass eine Gabe von 0,1 bis 0,15 grm. seiner Cathartinsäure stets nach 5—7 Stunden einen breiigen bis flüssigen Stuhl bewirkt. Zuweilen wurden Klagen über ziemlich heftiges Leibschneiden geäussert, oft aber verlief die Wirkung vollkommen schmerzlos. Diesem lobenden Urtheil schliessen sich auch Doc. Dr. W. Stadelmann und Doc. Dr. Krüger[3])

[1]) M. Kubly. Ueber das wirksame Princip und einige andre Bestandtheile der Sennesblätter. Dissert. Dorpat. 1865.

[2]) Al. Gensz. Ueber die Cathartinsäure der Senna. Dorpat, Inaug.-Dissert. 1893.

[3]) cf. Gensz. l. c. p. 63.

an, welche die Cathartinsäure in einigen Fällen an Kranken geprüft haben.

Auch ich habe Dank der Freundlichkeit des Herrn Prof. Dragendorff und des Herrn Gensz, welche mir die nöthigen Mengen der Drogue überliessen, eine Reihe von Versuchen mit der Cathartinsäure von Gensz angestellt und glaube, dass meine Resultate günstig genug sind, um über sie an dieser Stelle zu berichten und die ärztliche Aufmerksamkeit auf dieses Präparat zu richten.

Im Ganzen habe ich 21 Personen die Cathartinsäure verabreicht; Erwachsenen stets 0,15 pro dosi, den Kindern 0,05. Da das Präparat mir nur in geringer Menge zu Gebote stand, so haben die meisten nur eine einmalige Gabe erhalten, und daher kann ich über dieselben in Tabellenform referiren.

№	Alter.	Anamnese.	Dosis.	Tageszeit der Verabreichung.	Stuhlentleerung nach wieviel Stunden.	Beschaffenheit des Stuhles.	Bemerkungen.
1	¾ Jahr.	Gut genährtes Brustkind. Habituelle Hartleibigkeit.	0,05	7 U A.	nach 8 Std.	normal.	Das Kind war 2 Stunden lang vor der Stuhlentleerung etwas unruhig, nachher Wohlbefinden.
2	2½ J.	Stets gesund. Seit 8 Tagen acute Dyspepsie, Schmerzen in der Magengegend. Stuhl 1—2 Mal täglich von normaler Beschaffenheit; letzter Stuhl am Morgen des Tages der Einnahme des Pulvers.	0,05	4 U. Nachmittag.	16 Std.	breiig.	Bald nach Einnahme des Pulvers Bauchschmerzen. Die Nacht vor dem Stuhlgang unruhig. Im Lauf des folgenden Tages noch mehrfach etwas Leibschmerzen.
3	3 J.	Vollkommen gesund, gut genährt.	0,05	4 U. Nachmittag.	5 Std. Im Lauf der Nacht noch 2 Stühle.	halbflüssig	Hat über Nichts geklagt. Keine Koliken.
4	23 J.	Gesunder Student mit guter Verdauung.	0,15	½7 U. Ab.	9 Std. 9½ Std. 13½ Std. 14½ Std. 17½ Std.	flüssig » » » »	Die Stuhlentleerungen wurden von Kolikschmerzen eingeleitet und begleitet, welche recht empfindlich waren.
5	24 J.	Gesunder Student, an reichlichen Brodgenuss gewöhnt. Hat täglich einen festen Stuhl.	0,15	½11 U. Ab.	11 Std. 14 Std.	normal breiig	Keinerlei Beschwerden, die Stühle erfolgten ohne Koliken. Nur 16 St. nach Einnahme des Pulvers etwas leichtes Leibschneiden bemerkt.
6	20 J.	Mädchen mit subacutem Gelenkrheumatismus. Täglich ein normaler Stuhl.	0,15	6 U. Ab.	3 Std. Im Lauf der Nacht und des folgenden Vormittages noch 4 Stühle.	flüssig flüssig	Die Stühle von geringen Koliken begleitet.
7	16 J.	Knabe. Phthisis pulmon. Stuhl regelmässig normal.	0,15	6 U. Ab.	3 Std. 9 Std. 13 Std.	flüssig » »	Leichtes Leibschneiden beim Stuhlgang. — 11 Std. nach dem Pulver ein Mal erbrochen.
8	55 J.	Frau. Alte Hemiplegie. Täglich normaler Stuhl.	0,15	6 U. Ab.	Im Lauf der Nacht drei Stühle.	? ? ?	Ueber die Beschaffenheit der Ausleerungen war nichts Sicheres festzustellen. Keine Leibschmerzen.
9	26 J.	Mädchen. Leichter Abdominaltyphus am 10. Tage. Seit 2 Tagen verstopft.	0,15	6 U. Ab.	5½ Std.	reichlich flüssig	Vor dem Stuhlgang 2 Stunden lang starke Kolikschmerzen. Am folgenden Tag ein Mal erbrochen, Schwäche und schlechtes Allgemeinbefinden.
10	45 J.	Frau mit Netzcarcinom und Ascites. Obstipirt. Alle 2 Tage ein fester Stuhl.	0,15	?	11 Std. 16 Std.	breiig flüssig	4 Stunden vor dem ersten Stuhl leichtes, kurzdauerndes Leibschneiden. Die Stühle selbst erfolgten ohne Beschwerden.
11	24 J.	Student. Etwas zu Verstopfung neigend. Letzter Stuhl 31 Std. vor der Einnahme des Pulvers.	0,15	½7 U. Ab.	5 Std. 16 Std.	breiig breiig	¼ Stunde vor dem ersten Stuhl begannen heftige Koliken, welche auch in der Nacht periodisch auftraten und bis zur zweiten Ausleerung anhielten.

№	Alter.	Anamnese.	Dosis.	Tageszeit der Verabreichung.	Stuhlentleerung nach wieviel Stunden.	Beschaffenheit des Stuhles.	Bemerkungen.
12	22 J.	Mann. Leidet an etwas trägem, festem Stuhl.	0,15	8 U. Ab.	4 Std.	fast	Ohne Kolik.
					7 Std.	flüssig	Mit Leibschneiden, das noch ½ Stunde nach der Ausleerung fortdauert.
					15 Std.	breiig	Keine Kolik.
13	24 J.	Habituelle Obstipation. Seit 2 Tagen kein Stuhl.	0,15	2 U. Mtg.	9 Std.	breiig	Mit geringen Bauchschmerzen
					18 Std.	breiig	Ohne Beschwerden.
14	28 J.	Mann. Habituelle Obstipation.	0,15	?	5 Std.	flüssig.	Mit geringen Kolikschmerzen.
15	24 J.	Dame. Chronisch obstipirt.	0,15	?	7½ Std.	fest.	Mit ziemlich heftigen Koliken.
					Im Lauf der weiteren 3 Std. 3 Stühle	flüssig. flüssig. flüssig.	Mit geringen Kolikschmerzen.
16	4 J.	Chron. Darmcatarrh. Pädatrophie. Meteorismus u. Obstipation, so dass täglich Lavements gebraucht werden.	23. IV. 0,05	9 U. M.	4 Std.	hart, gering	Ohne Beschwerden.
					9 Std.	dgl.	
					9½ Std.	reichlicher fest	
					10 Std.	flüssig, stinkend	Mit mässigen Bauchschmerzen.
			24. IV. 0,05	9 U.	8½ Std.	dickbreiig stinkend,	Beschwerden werden nicht angegeben.
					9 Std.	dgl.	
					10 Std.	flüssig, sehr übelriechend	
			25. IV. 0,05	9 U.	8½ Std.	kleine harte Stücke	Koliken vorhergehend.
					9 Std.	breiig, reichlich stinkend	Nicht notirt.
					10 Std.	spärlich, breiig, stinkend	Nicht notirt.
							In der Nacht ein Mal erfolgloser Stuhldrang.
			26. IV. 0,05	9 U.	10 Std.	reichlich gebunden	Beschwerden nicht angegeben.
					10½ Std.	flüssig, spärlich, stinkend	
			27. IV. 0,05	9 U.	7 Std.	wenig, hart,	Beschwerden nicht angegeben.
					7½ Std.	breiig stinkend,	
					9 Std.	sehr stinkend mit viel Schleim.	
			28. IV. 0,05	9 U.	8 Std.	breiig, sehr stinkend mit viel röthlichem Schleim	Beschwerden nicht notirt.
17	28 J.	Frau L. Obesitas, chron. Obstipation. Ohne künstliche Mittel erfolgt 4—5 Tage lang kein Stuhl. — Letzte Ausleerung 2 Tage vor Einnahme des Cathartinsäurepulvers.	22. IV. 0,15	9 U. Mrg. bei nüchternem Magen	4 Std.	breiig	Eine Stunde vor der Ausleerung begannen unangenehme Kolikschmerzen welche auch nachher, den ganzen Tag sich in leichten Anfällen wiederholten.
			23. IV. —	—	—	—	Wohlbefinden. Kein Stuhl.
			24. IV. 0,15	9 U. nach dem Kaffee	7 Std.	breiig	3 Stunden vor dem Stuhl begannen Koliken. Auch nachher bis zum Abend leichtes Leibschneiden.
			25. IV. —	—	—	—	Wohlbefinden, kein Stuhl.
			26. IV. 0,15	9 U. nach dem Kaffee	7 Std.	breiig	Wie am 24. April.
18	49 a. n.	Frl. H. nervös, seit 17 Jahren an starker Obstipation leidend. Am 20. Apr. letzter reichlicher Stuhl mit Aloe und Rhabarber erzielt. Seitdem durch Wasserklystiere einzelne harte Skybala entleert.	25. IV. 0,15	7 U. Mrg.	10 Std.	reichlich breiig	2 Stunden vor dem ersten Stuhl begann ruckweise auftretendes Leibschneiden mit Stuhldrang, was bis zum 2. Stuhl fortdauerte.
					10½ Std.	breiig, mehr schleimig	
					16 Std.	etwas Schleim	Unter Tenesmen entleert.
			26. IV. —	—	—	—	Wohlbefinden, kein Stuhl.
			29. IV. 0,15	9 U. Ab.	10 Std.	breiig	Unter mässigen Koliken entleert, welche kurz vor dem Stuhlgang begannen.
					11 Std.	breiig	Geringe Leibschmerzen.

№	Alter.	Anamnese.	Dosis.	Tageszeit der Verabreichung.	Stuhlentleerung nach wieviel Stunden.	Beschaffenheit des Stuhles.	Bemerkungen.
19	23 a. n.	Sonst gesunde Frau, an Hartleibigkeit leidend. Ohne künstliche Mittel erfolgt alle 2—3 Tage ein harter Stuhl. — Letzter Stuhl vor 2 Tagen.	20. IV. 0,15	1 U. Mtg.	8 Std.	reichlich breiig	3 Stunden vor der Ausleerung Kollern im Leibe und schwache Koliken. — Nach der Stuhlentleerung keine Koliken mehr.
20	36 a. n.	Mann mit habitueller Stuhlträgheit. Für gewöhnlich alle 2—4 Tage ein fester Stuhl. Letzte Ausleerung vor 3 Tagen.	21. IV. 0,15	2 U. Mtg.	19 Std.	reichlich breiig.	Stuhlentleerung ohne alle Beschwerden.

Als Fall 21 gebe ich folgende Selbstbeobachtung eines Arztes von etwa 40 Jahren, der an sehr hochgradiger Obstipation leidet und alle möglichen Abführmittel an sich selbst erprobt hat. Die sachverständige, vergleichende Beurtheilung des Mittels, die ich diesem Collegen verdanke, scheint mir daher sehr wichtig und werthvoll. Derselbe leidet schon seit 10 Jahren, obgleich er im übrigen gesund und arbeitsfähig ist, an habitueller Stuhlträgheit, die in den 3 letzten Jahren sehr hochgradig und quälend geworden ist. Wenn er keine Abführmittel gebraucht, so pflegen 3—5, ja 7 Tage zu vergehen ohne Ausleerung; kommt dann endlich eine solche zu Stande, so ist sie sehr beschwerlich, steinhart und relativ spärlich.

Am 19. April hat Pat. durch Aloe und Rheum einen halbflüssigen Stuhl erzwungen.

20. April 2 Uhr Mittags Cathartinsäure 0,15 (Nr. I).

21. April 8 Uhr Morgens dsgl. Cathartins. 0,15 (Nr. II).

11 Uhr Mittags eine weiche Ausleerung, die durch einen 5 Minuten währenden sehr lebhaften Stuhldrang eingeleitet wird, aber nicht mit Koliken und Tenesmen verbunden ist. — 5 Uhr Abends reichlicher breiiger Stuhl ohne alle Beschwerden. Um 11 Uhr Abends leichter Stuhldrang und Flatus.

22. April Vormittags einige Flatus; 4 Uhr Nachmittags ein fester Stuhl.

23. April Morgens Flatus, geringe Kolik.

24. und 25. April kein Stuhl. Darm unthätig.

26. April 3 Uhr Mittags Cathartins. 0,15 (Nr. III).

27. April 9 Uhr Morgens reichliche, flüssige, mit harten Stücken untermischte Ausleerung. Um 7 Uhr Abends zweite Ausleerung von normaler Beschaffenheit.

28. April um 1 Uhr Mittags leichter Stuhldrang, Flatus und eine kleine, harte Ausleerung.

5. Mai 8 Uhr Abends Cathartins. 0,15 (Nr. IV).

6. Mai 9 Uhr Morgens halbfeste Ausleerung ohne alle Beschwerden; 11 Uhr Abends noch eine flüssig-breiige Ausleerung.

Auf mein Befragen erklärte Pat., dass er nach seinen bisherigen Erfahrungen dieses Mittel allen andern vorziehe, nur der Rhabarber wirke etwa ebenso zuverlässig und milde. — Die Mittelsalze, Marienbader Wasser und Karlsbader Salz seien ganz gut, aber hätten nach einem Gebrauch von einigen Wochen ihre Wirkung völlig verloren; Podophyllin und noch mehr das Podophyllotoxin mache ihm in wirksamer Dosis Uebelkeit, Tamar indien rufe zwar starke Kolikschmerzen hervor aber treibe die harten Fäcalmassen im untersten Darmabschnitt doch nicht heraus. Nach Cathartinsäure habe er dagegen stets das befriedigende Gefühl einer genügenden Ausleerung gehabt.

Aus der vorstehenden Uebersicht geht hervor, dass die Cathartinsäure in keinem Fall, wo ich sie angewandt habe, ihre Wirkung versagt hat. Bei Kindern (Fall 1, 2, 3, 16) habe ich nur 0,05 p. dosi gegeben, bei Erwachsenen 0,15, doch dürfte diese Dosis in den meisten Fällen etwas zu gross gewesen sein. In der Mehrzahl der Fälle erfolgte die Wirkung in 8 bis 12 Stunden, nur ausnahmsweise früher (Fall 3, 6, 7, 9, 11, 12, 17) oder auch später (Fall 2, 20, 21). Häufig beschränkte sich der Effect des Mittels nicht auf eine Ausleerung, sondern es erfolgten im Laufe etwa eines halben Tages mehrere, bis fünf Stuhlgänge. Namentlich war das der Fall bei gesunden Individuen (Fall 3, 4, 5, 6, 7, 8), welche die Cathartinsäure experimenti causa einnahmen, während bei den Patienten, die an habitueller Verstopfung litten, die Wirkung des Mittels weniger intensiv war, so dass hier durch die gleiche Dosis nicht nur weniger zahlreiche, sondern auch weniger flüssige Ausleerungen erzielt wurden. Wir wissen ja, dass in der grossen Mehrzahl der Fälle von s. g. habitueller Obstipation nicht sowohl eine anatomische Veränderung der Darmschleimhaut, als vielmehr eine Schwäche und verminderte Erregbarkeit der die Peristaltik vermittelnden neuro-musculären Apparate der Darmwand der Verstopfung zu Grunde liegt. Es ist daher leicht verständlich, dass die Cathartinsäure, welche als Reiz auf die Darmschleimhaut wirkt und reflectorisch eine lebhafte Peristaltik des Darmes hervorruft, bei gesunden Individuen mit leicht erregbarem peristaltischem Apparat stärker wirkt als bei Kranken mit torpidem Darm. Je nach dem Grade der Erkrankung werden also verschiedene Dosen des Mittels erforderlich sein um einen genügenden Erfolg zu erzielen.

Für die praktische Verwendbarkeit des Mittels ist es ferner von grosser Wichtigkeit, ob der Gebrauch desselben mit grossen Unbequemlichkeiten für die Kranken, starken Koliken, Tenesmen etc. verbunden ist, oder nicht. In dieser Beziehung glaube ich das Mittel wohl loben zu können. Wo, wie bei den Gesunden, ziemlich starke und zahlreiche Durchfälle eintraten, waren natürlich auch die Kolikschmerzen ziemlich lebhaft; in den Fällen von richtiger Stuhlträgheit dagegen lobten die meisten Kranken das Mittel, weil es keine sehr starke Schmerzen machte. Nur ein Paar Mal (z. B. in Fall 17 und 18) wurde über unangenehmes Leibschneiden geklagt, doch entzieht sich die Beurtheilung der Schmerzen leicht einem objectiven Maassstab, da die subjective Empfindlichkeit und Wehleidigkeit der Kranken so verschieden ist.

Je langsamer die abführende Wirkung erfolgt, desto geringer scheinen die Beschwerden zu sein, wofür namentlich Fall 20. und 21. Beispiele bieten. Im letzten Fall scheint das Mittel sogar noch am zweiten Tage, etwa nach 30 Stunden abgeführt zu haben.

Da es mit dem Eintritt der laxirenden Wirkung bei chronischer Obstipation meistens keine gar grosse Eile hat, so werden wir in Praxi also stets versuchen müssen, mit möglichst kleinen Gaben zum Ziel zu gelangen, weil diese eine weniger heftige Peristaltik und somit auch weniger Koliken bewirken, als grössere Dosen. Das gilt besonders für den dauernden und anhaltenden Gebrauch des Mittels, wo ich etwa mit 0,1 p. dosi beginnen würde. Nur wo wir eine rasche und möglichst vollständige einmalige Entleerung des ganzen Darmes bezwecken, da werden wir eine solche Dosis anwenden, welche erfahrungsgemäss rasch nach einander mehrere flüssige Stühle bewirkt.

Leider habe ich noch nicht die Möglichkeit gehabt, die Cathartinsäure bei längerem Gebrauch zu erproben; Erfahrungen wie die von Fall 21 lassen mich aber hoffen, dass das Medicament sich dabei gut bewähren wird. — Bei dem kleinen Knaben mit chronischem Darmkatarrh

und Pädatrophie (Fall 16) traten am 6. Tage des Gebrauches der Cathartinsäure Zeichen einer leichten katarrhalischen Reizung der Dickdarmschleimhaut auf; ob in Folge des Mittels wage ich nicht zu entscheiden.

Wenn ich also die Cathartinsäure von Gensz als ein gutes Laxans empfehle, so glaube ich nach den oben angeführten Erfahrungen dazu guten Grund zu haben. Es fragt sich nur, ob überhaupt bei der Menge von Abführmitteln, welche wir besitzen, das Bedürfniss nach einem neuen vorhanden ist. Es sei mir darum gestattet, zur Rechtfertigung meiner Empfehlung, auf einige Vorzüge der Cathartinsäure hinzuweisen. Das Präparat hat zunächst keinen unangenehmen Geschmack und wird, mit Zucker verrieben, auch von Kindern anstandslos eingenommen. Es wird darum gewiss in vielen Fällen mit Vortheil an Stelle des vielbeliebten und leider von den Kindern nur zu oft wieder ausgespieenen Ol. ricini benutzt werden können. Bei Kindern von 2—4 Jahren wirkt eine Dosis von 0,05 Cathartinsäure ungefähr ebenso, wie ein Kinderlöffel voll Ricinusöl; ein gutes Beispiel hierfür liegt in Fall 16 vor, wo das Mittel in 7 bis 10 Stunden stets und ohne nennenswerthe Schmerzen wirkte; dass die Wirkung sich oft nicht auf einen Stuhl beschränkt, sondern mehrere rasch auf einander folgende, eigentlich zusammengehörende Ausleerungen bewirkt, bevor der Darm wieder zur Ruhe kommt, das kommt auch bei Ol. ricini vor. — Bei Erwachsenen wirken etwa $1^1/_2$ Decigr. Cathartinsäure ebenso stark wie 20 bis 30 Grm. Ol. ricini.

Die Cathartinsäure hat ferner vor den ebenso wirkenden Aufgüssen und Abkochungen der Senna und Frangularinde den Vorzug, dass man sie viel genauer dosiren, und der Individualität des Kranken durch vorsichtiges Probiren anpassen kann; ich glaube, dass sie daher bald die genannten Infuse in der besseren Praxis verdrängen wird.

Je hartnäckiger die Obstipation, desto gleichmässiger und milder scheint die Wirkung des Mittels zu sein (Fall 21), ich hoffe daher, dass gerade in diesen Fällen, wo dem Arzt. wie dem Patienten die Möglichkeit, in den gebrauchten Mitteln abwechseln zu können, gleich erwünscht ist, die Cathartinsäure sich Anerkennung erringen wird.

Auf jeden Fall bietet dieselbe eine angenehme Bereicherung unseres Arzneischatzes.

Wie mir mitgetheilt worden, ist das pharmaceutische Laboratorium von Ferrein in Moskau damit beschäftigt, die Cathartinsäure von Gensz in grösserer Menge herzustellen, und dürften die Collegen gut thun, ihre Versuche mit dieser Substanz so lange aufzuschieben, bis die genannte Firma das Mittel auf den Markt gebracht haben wird.

Die von mir gebrauchte Verordnung war folgende:
Cathartinsäure (Gensz) 0,05 bis 0,15.
Sachar. alb. 0,3 bis 0,5.
M. f. pulv. Täglich oder über einen Tag ein Pulver zu gebrauchen.

Ein Fall von Febris intermittens pneumonica von unregelmässig quartanem Typus.

Von

N. Kirikow.

(Fortsetzung).

Laveran[8]) behauptete in der Sitzung der französischen biologischen Gesellschaft am 12. November 1892 wieder die Existenz nur eines polymorphen Malariaparasiten. Er wies darauf hin, dass Golgi in seinen letzten Arbeiten schon die Möglichkeit der Umwandlung der Parasiten der Febris tertiana, quartana und irregularis in einander zugiebt. Aber andere Untersucher bleiben dabei, dass es verschiedenartige Infectionen giebt, wobei sie über die Zahl und Art der Parasiten verschiedener Meinung sind; alle geben zu, dass die halbmondförmigen Körper einer anderen Gattung angehören, als die amöboiden. So unterscheiden Grassi und Feletti, indem sie die Halbmonde für eine besondere Art halten, sogar 5 verschiedene Parasiten für die einzelnen klinischen Formen der Malaria; Marchiafava und Bignami dagegen theilen die Fieber und die entsprechenden Parasiten in 2 Hauptgruppen, legen aber mehr Gewicht auf die Jahreszeiten und die Schwere der Fälle, als auf diesen oder jenen Fiebertypus, (schwere Sommer- und Herbstfieber und leichte Winter- und Frühjahrsfieber,) wobei sogar die Febris tertiana und ihre Parasiten in 2 Gruppen getheilt werden. Indessen zeigen die zahlreichen (136) Beobachtungen Laveran's, dass die Halbmonde bei allen Fiebern zu finden sind, auch den regelmässigen, besonders häufig aber bei Kachektischen und sehr Anämischen. Dass die Halbmonde am häufigsten in den 6 letzten Monaten des Jahres gefunden werden (wenigstens gilt das für Algier), beweist noch nicht direct den Einfluss der Jahreszeit, da sich die Angaben der Kranken über den ersten Anfall immer auf die Zeit vom Juni bis zum October beziehen, d. h. in Bezug auf die Zeit der Ansteckung vertheilen sich die Fälle auf die ganze endemische oder epidemische Periode. Die Versuche der Uebertragung von Malaria durch Ueberimpfung von Blut, welches amöboide oder halbmondförmige Körperchen enthält (Gualdi, Antolisei und Angelini) sprechen nicht sehr für die Lehre von der Verschiedenartigkeit der Parasiten, da in einem Fall das Blut einer Febris quartana anfangs continuirliches, darauf unregelmässiges Fieber verursachte; von der Zeit des Recidivs an wurden nur Halbmonde gefunden. Di Mattei und Calandruccio erhielten andere Resultate, aber die Anordnung ihrer Versuche ist nicht einwandfrei[9]).

Vom klinischen und pathologisch-anatomischen Standpunkt aus muss man schon a priori annehmen, dass die Erscheinungen der Malaria durch einen Parasiten hervorgerufen werden. Die Sumpffieber ändern ihren Typus häufig bei einem und demselben Kranken; die Typen können sich abwechseln, in einander übergehn, die perniciösen Formen können alle Typen compliciren. Wenn es mehrere Malariaparasiten gäbe, so müsste man ihre gleichzeitige Anwesenheit in allen Malariagegenden der Welt, und das sehr häufige Vorkommen von Mischinfectionen annehmen.

In seiner folgenden Publication (in derselben Gesellschaft

---

[8]) Existe-t-il plusieurs parasites des fièvres palustres? De la signification des corps en croissant. Compt rendus hebd. de la Soc. de Biologie. 9-e série t. IV 1892 18. Nov. Nr. 34.

[9]) Bein (l. c.) beobachtete den Uebergang von Malariaplasmodien von der schwangeren Mutter auf die Frucht. Das Kind, welches während eines Fieberanfalls der Mutter in einer malariafreien Gegend geboren wurde, zeigte während einiger Monate nicht die gewöhnlichen Malariasymptome. besonders war die Milz nicht vergrössert; nur zeitweise traten Durchfälle und leichte ganz unregelmässige Fieberbewegungen auf. Im Blut des Kindes wurden nichtsdestoweniger, wenn auch in geringer Anzahl, ganz charakteristische Parasiten gefunden. Es sind auch erfolgreich Impfungen mit Uebertragung des entsprechenden Parasiten beschrieben (cf. die unten citirte Arbeit von Baccelli). Dagegen hat Bein (Aetiologische und exper. Beiträge zur Malaria, Charité-Annalen 1891 pag. 181, citirt nach Virchows Jahresbericht für 1891 Band II pag. 13—14), der 4 mal bei 8 Versuchen mit Erfolg Malariablut unheilbaren chronischen Kranken eingeimpft hat (Incubationsdauer circa 10 Tage) bei einigen Kranken nach der Impfung von tertiana tägliche Anfälle gesehn, bei anderen umgekehrt F. tertiana nach der Impfung von quotidiana beobachtet. Das spricht für eine einheitliche Aetiologie der quotidiana und tertiana. Alles dieses zeigt, dass die Impfversuche mit Malariablut die Specifität der Parasiten nachgewiesen, aber nicht die Frage entschieden haben, ob diese Mikroorganismen verschiedenen Arten angehören oder polymorph sind.

am 26 Nov. 1892) wies Laveran[10]) bei der genauen Beschreibung der Halbmonde auf die unzweifelhafte Existenz einer besonderen einhüllenden Membran, resp. einer doppelten Contur bei einigen Präparations- und Färbungsmethoden hin. Die gekrümmten und spitz zulaufenden Enden der Halbmonde sind häufig durch eine feine Linie, — das Ueberbleibsel eines rothen Blutkörperchens, — verbunden. Zuweilen kann man eine Reihe von Uebergangsformen zwischen kleinen endoglobulären Körperchen und vollentwickelten Halbmonden sehen. Bei der Beobachtung der letzteren in frischem Blut kann man häufig nach 15—20 Minuten sehen, wie sie in ovale dann kuglige Körper übergehen; am Rande der letzteren erscheinen zuweilen Geisseln. Und so schliessen sich die Halbmonde im embryonalen und Endstadium der Entwickelung ganz an die amöboiden Körper an, erscheinen als Zwischenphasen, aber nicht als besondere Gattung. Weiter widerlegt Laveran die Ansicht, dass die Halbmonde nur sterile, degenerative Formen (Bastianelli und Bignami) oder aber Cysten, die nach dem Austritt von geisseltragenden Bildungen leer geworden sind, (Coronado), darstellen. Es giebt auch keinen factischen Beweis für die Ansicht Mannaberg's (XI. Congress f. innere Med. in Leipzig 1892), dass jeder Halbmond durch Vereinigung zweier kleiner amöboider Elemente entsteht, die sich mit einer gemeinsamen Hülle umgeben; die Anwesenheit dieser Hülle ist freilich an sich unbestreitbar. Es sind also die Halbmonde incapsulirte Formen des Malariaparasiten. Es ist leicht verständlich, dass bei Kachektikern, bei Abwesenheit einer kräftigen Reaction seitens des Organismus, die Parasiten das widerstandsunfähige Blut überwinden und sich leicht im Innern der rothen Blutkörperchen incapsuliren; durch ihre Schutzhülle werden sie noch widerstandsfähiger, auch in Bezug auf Chinin. In solcher Gestalt können die incapsulirten Parasiten lange ruhig bleiben, dann aber plötzlich in ein actives Stadium übergehn, wobei sie dann als sphärische und geisseltragende Gebilde erscheinen. — So vertheidigt Laveran wieder seine Lehre von der Einheitlichkeit und Polymorphie der Malariaparasiten. Was aber den Fiebertypus betrifft, so wies er[11]) schon in der Sitzung der Biol. Gesell. am 21. Juni 1890 darauf hin, dass der Typus mehr vom Zustand des Kranken, seiner Erregbarkeit und dem Grad seiner Gewöhnung an Malariavergiftung, als von der Verschiedenheit der im Blut befindlichen Parasiten abhängt.

Mit Laveran stimmt auch Gabritschewsky[12]) überein, der auf Grund seiner Beobachtungen einen polymorphen Parasiten annimmt, der seine Form je nach den ihn umgebenden Lebensbedingungen ändert. Marchiafava und Bignami[13]) unterscheiden ausser der gewöhnlichen Febris tertiana und quartana noch bösartigere Sommer- und Herbstfieber, d. h. eine schwere tertiana und quotidiana. Die Parasiten dieser Fieber vermehren sich vorzugsweise in den Gefässen der inneren Organe, so dass Segmentations- und reife Formen im Fingerblut nur sehr selten, in schweren Fällen nur ausnahmsweise getroffen werden. Als eine von den Lebensphasen der Sommer- und Herbstparasiten erscheinen die Halbmonde, die übrigens nach Bignami's Ansicht steril sind. Die Amöbe der quotidiana vollendet ihre Entwickelung zuweilen ganz ohne Pigmentbildung. Die sog. perniciösen Fieber (continuae, subcontinuae, remittentes, subintrantes, häufig auch die sog. comitatae) werden ebenfalls durch die Sommer- und Herbstparasiten hervorgerufen, wobei sehr oft mehrere Generationen sich gleichzeitig entwickeln, so dass in verhältnissmässig kurzen Zwischenräumen immer von Neuem junge Formen frei werden. Die Bösartigkeit wird durch die ungewöhnliche Vermehrungsfähigkeit und die grössere Giftigkeit, überhaupt die biologischen Eigenthümlichkeiten der Sommer- und Herbstparasiten bestimmt. In morphologischer Hinsicht sind die beiden Gruppen der Sommer- und Herbstparasiten, die der F. tertiana u. quotidiana, einander sehr ähnlich und die Differentialdiagnose ist nur bei den ganz erwachsenen Formen kurz vor einem neuen Fieberanfall möglich.

Mannaberg[14]) theilte in der Sitzung der Wiener med. Gesellschaft am 20. Jan. 1893 mit, dass auch er eine bösartige F. tertiana ohne die typischen Golgischen Parasiten der tertiana, aber mit kleinen halbmondförmigen Bildungen beobachtet habe; folglich gehört diese tertiana zur Kategorie der unregelmässigen Fieber, wie auch der klinische Verlauf Unregelmässigkeiten aufwies. Da er aber im Gegensatz zu Laveran die Halbmonde bei kachektischen nicht, wohl aber bei nicht kachektischen Kranken gefunden hat, andererseits nie die Halbmonde bei der Wiener Sommermalaria beobachtet hat, so sieht er in ihrer An- oder Abwesenheit einen Beweis für die Verschiedenartigkeit der Parasiten selbst. Daher hält er die Parasiten der bösartigen sommerlichen Tertiana für eine Art sui generis. Er schliesst sich also der Eintheilung von Marchiafava und Bignami an. Wie erwähnt, hält Mannaberg die Halbmonde für Gebilde, die durch Verschmelzung zweier oder mehrerer amöboider Parasiten entstanden sind.

Folgende Angaben Baccellis[15]) klingen etwas nach Reaction, bringen aber doch neue und fruchtbare Gesichtspunkte. Er meint folgendes: 1) Es kommen schwere Malariafieber vor, bei denen man in den ersten Tagen die pathogenen Mikroorganismen im Blut durchaus nicht nachweisen kann. 2) Wenn sie endlich gefunden werden, so können sie in so geringer Zahl vorhanden sein, dass man einen causalen Zusammenhang zwischen der Zahl der Parasiten und der Schwere der Erscheinungen nicht finden kann. 3) Im Blut können Amöben in grosser Anzahl anwesend sein und doch durchaus kein Fieber hervorrufen, wenn sie aus irgend einem Grunde nicht bis zur Phase der Sporenbildung gelangt sind. 4) Wenn im Innern der Blutkörperchen Mikroorganismen sich in Spaltung, Vermehrung befinden oder Sporen bilden, so kann man mit Sicherheit den Eintritt eines Paroxysmus voraussagen. 5) Nach Ablauf eines solchen Paroxysmus kann man sporenbildende Formen nicht mehr finden, sondern solche neue Formen, die vor Allem auf den vorhergegangenen Anfall hinweisen. 6) Unter den Fällen von künstlich durch Impfung hervorgerufenen Paroxysmen haben einige selbst schwere beim Beginn des Fiebers keine pathogenen Mikroorganismen in den Blutkörperchen ergeben. 7) Diese wurden dabei überhaupt erst spät und nur in vereinzelten Exemplaren gefunden. 8) Man kann an unzweifelhaft diagnosticirter Malaria sterben, ohne dass im Blut die bekannten Formen von Hämatozoen gefunden wären. So muss man, um die Pathogenese der Malaria befriedigend zu erklären, unbedingt zugeben, dass die Parasiten ausser ihrer Anwesenheit im Blut zwei weitere schädliche Einflüsse ausüben: 1) eine morphologische Dyskrasie des Blutes — beständigen und progressiven Zerfall der rothen Blutkörperchen in Folge der Thätigkeit der auf ihre Kosten lebenden Parasiten und 2) eine chemische Dyskrasie des Blutes — die sich viel schneller und auffälliger äussert — nämlich die Ausscheidung von Producten der Sporen-

[10]) De la nature des corps en croissant du sang palustre. Comptes rendus hebd. de la Soc. de Biol.. 9-e série, t. IV, 2 Déc. 1892, Nr. 36.

[11]) «Au sujet de l'hèmatozoaire du paludisme et de son évolution». La semaine médicale 1890, pag. 224.

[12]) Очеркъ нормальной и патологической морфологіи крови. Москва 1891, pag. 33—34.

[13]) «Ueber die Varietäten der Malariaparasiten und über das Wesen der Malariainfection». Deutsche medic. Wochenschrift. 1892 Nr. 51–52.

[14]) «Nouvelles recherches sur l'Etiologie de la Malaria». La semaine médicale. Nr. 5 pag. 40.

[15]) Ueber das Wesen der Malariainfection. Deutsche medic. Wochenschrift. 1892 Nr. 32.

Bildung und Spaltung in das Blutplasma; diese Blutveränderung bewirkt das Fieber in Folge der Giftwirkung der erwähnten Producte (Hämotoxine?) auf das Nervensystem nnd besonders die vasomotorischen Ganglien.

Nach der Ansicht von Marchiafava und Bignami (l. c.) muss man, da alle Malariaparasiten bei dem Act der Vermehrung Fieber erzeugen, annehmen, dass sie in dieser Lebensphase ein besonderes pyrogenes Toxin (oder Toxine) produciren, was allerdings nicht direct bewiesen ist. Die Amöben der Sommer- und Herbstfieber dagegen erzeugen augenscheinlich auch in der früheren Zeit ihres endoglobulären Lebens Stoffe, die auf die rothen Blutkörperchen nekrotisirend wirken: die letzteren verändern sich, werden runzelig und klein und verlieren ihre normale Farbe; sie erinnern an die Farbe alten Kupfers. Es handelt sich also um acute Nekrose der rothen Blutkörperchen, die nicht durch das progressive Wachsthum der Amöben (die Sommer- und Herbstparasiten nehmen nur $^1/_5$—$^1/_2$ der ganzen Masse des Blutkörperchens ein), sondern wahrscheinlich durch acute Vergiftung bewirkt wird. Bignami beobachtete auch häufig bei perniciösen Fiebern eine, wahrscheinlich auch toxische, ausgebreitete Nekrose der Nierenepithelien, besonders in den gewundenen Harnkanälchen.

Fasst man alles Gesagte zusammen, so bemerkt man in der Lehre von den Malariaparasiten 2 Hauptrichtungen: die eine, von Laveran begründete lehrt die Einheitlichkeit und Polymorphie des Parasiten, die andre, zuerst von Golgi klar formulirte, die Existenz mehrerer selbstständiger Arten. Golgi selbst musste in der Folge den Uebergang einer Art in eine andre, also die Polymorphie, zugeben. Allein einige seiner Nachfolger halten noch immer die Lehre von den verschiedenen Arten aufrecht und bilden sie bis zum Aeussersten aus. So unterscheiden Grassi und Feletti [16], indem sie die halbmondförmigen Gebilde («Laverania» malariae) ausscheiden und für die F. quotidiana eine besondere Hämamöba immaculata annehmen, schon 5 verschiedene Arten. Wie aus den angeführten Beobachtungen hervorgeht (Canalis, Golgi, Koroljko, Laveran) sind ihre factischen Belege nicht überzeugend. Die Anhänger dieser Richtung sind zuweilen, bei der Erklärung ihrer Beobachtungen im Licht der von ihnen vertretenen Anschauung, logisch gezwungen, allgemein anerkannten Thatsachen zu widersprechen; so muss Kamen in einer seiner Beobachtungen zugeben, dass die Halbmonde leichter der Chininwirkung erlagen als die Amöben der gewöhnlichen tertiana. Indessen können die letzten Beobachtungen Mannaberg's sowie Kamen's leicht im Sinne der Concessionen Golgi's und der Daten Laveran's ausgelegt werden. — Die Classification Marchiafava's und Bignami's unterscheidet sich im Wesen wenig von derjenigen Golgi's: diese Autoren, die aus irgend welchen Gründen die Fieber mit langen Intermissionen nicht anerkennen, versuchen nur aus der ganzen Gruppe der Parasiten der unregelmässigen Fieber, wie sie Golgi aufgestellt hat, die der quotidiana und unregelmässigen tertiana auszuscheiden, ohne bisher für dieselben Unterscheidungsmerkmale anzugeben.

Grössere Aufmerksamkeit verdienen ihre Hinweise auf die Veränderlichkeit der biologischen Eigenschaften des Malariaparasiten durch äussere Einflüsse, speciell durch den Wechsel der Jahreszeiten. Diese Beobachtung ist nicht neu. Noch vor der Entdeckung der Malariaparasiten hat Finkelstein [17]) denselben Gedanken für die Malaria auf dem Kaukasus formulirt. Ausser den Jahreszeiten und meteorologischen Einflüssen können die biol. Eigenschaften des Parasiten auch je nach der Oertlichkeit Abweichungen zeigen, was Golgi in Bezug auf die römische Amöba immaculata erwähnt. Der Unterschied zwischen seinen und Laveran's Befunden und die letzten negativen Resultate Mannaberg's in Wien in Betreff der Häufigkeit des Vorkommens von Halbmonden können auch durch biologische Verschiedenheiten der Parasiten verschiedener Gegenden erklärt werden.

Wenn man somit auch die Richtigkeit der verschiedenen mikroskopischen, diagnostisch wichtigen Bilder bei den verschiedenen Fiebern vollkommen anerkennt, so kann man doch zugeben, dass diese Mannigfaltigkeit nur auf biologischen Verschiedenheiten des Parasiten in Folge veränderter Lebensbedingungen (menschlicher Organismus, Oertlichkeit, Klima, Jahreszeit, meteorologische Factoren) beruht. Aehnliche Beispiele kann man auch aus der Biologie andrer Mikroorganismen, z. B. des Cholerabacillus, anführen.

In den letzten Forschungen italienischer Autoren muss man einen grossen Fortschritt anerkennen. Obgleich hier bisher nur Hypothesen möglich sind, so verlegen doch die Angaben von Baccelli, Marchiafava und Bignami über Malariatoxine die Frage von ausschliesslich morphologischem auf ein mehr allgemeines Gebiet, auf dem sich die gegenwärtige Forschung über das Verhältniss der Mikroben zur Pathogenese bewegt.

Ueber die diagnostische Bedeutung der Malariaparasiten herrschen noch grosse Meinungsverschiedenheiten. Während Plehn, Hertel, v. Noorden [18]) und auch Koroljko [19]) durch negative Befunde eine Malariaerkrankung ausschliessen zu können glauben, erwähnen Titow (l. c. pag. 94 und 116) und Gabritschewsky (l. c.) erfolglose Blutuntersuchungen bei unzweifelhafter Malaria. Die Ansicht Baccelli's wurde schon erwähnt. Vielleicht werden Methoden von bequemer Kernfärbung die Zahl solcher negativer Befunde verringern. Positive Befunde behalten natürlich ihre ganze wichtige Bedeutung. Das Auffinden eines einzigen Plasmodiums im Innern eines rothen Blutkörperchens ist absolut beweisend für Malaria, was man z. B. nicht vom Auffinden eines Tuberkelbacillus in einem Sputumpräparat sagen kann. Die Untersuchung auf Malariaparasiten hat auch unzweifelhaft pathologisch-anatomische Bedeutung. So fanden Marchiafava (II. medicin. Congress in Rom 1889) und Martin [20]) bei schweren, perniciösen, comatösen Fiebern die Capillaren des Gehirns vollgestopft mit amöbenhaltigen rothen Blutkörperchen. Der letztere Autor fand dasselbe auf Durchschnitten der Magen- und Darmschleimhaut an F. perniciosa cholerica Gestorbener.

Solche Befunde sind genügend, um alle Zweifel über die specifischen pathogenen Eigenschaften dieser Mikroorganismen und ihre diagnostische Bedeutung zu zerstreuen [21]).

(Schluss folgt).

---

[16]) Weiteres zur Malariafrage. Centralbl. für Bakter. und Paras. 1891 Bd. X Nr. 15, cit. nach Kamen und Koroljko.

[17]) Типовы и тифовы на Кавказѣ 1870. Cit. nach Koroljko l. c. pag. 38—39.

[18]) Cf. bei Gabritschewsky l. c. pag. 35.

[19]) l. c. pag. 19.

[20]) Münchener med. Wochenschr. 1890 Nr. 3. Cit. nach Kamen, im erstangeführten Aufsatz, pag. 405.

[21]) Sogar Maragliano sagt in seiner vor kurzem erschienenen Arbeit (M. und Castellino «Ueber die langsame Nekrobiosis der rothen Blutkörperchen u. s. w.», Zeitschr. für klin. Med. Bd. XXI, 1892, pag. 454—457), dass er bei der Publication seiner ersten Angaben über die Veränderungen der rothen Blutkörperchen bei ihrer langsamen Nekrose, im Jahre 1887, nicht daran gedacht hat, die Existenz und Bedeutung der Malariaplasmodien zu leugnen und offenbar missverstanden worden ist. Die von ihm beschriebenen degenerativen Veränderungen der Erythrocyten haben nur ein speciell anatomisches, hämopathologisches Interesse. Unstreitig kann die Nekrose der rothen Blutkörperchen Bilder und Erscheinungen machen, die denjenigen ähnlich sind, die im Malariablut gefunden und besonders von Marchiafava und Celli (bei amöboiden, pigmentlosen Parasiten) beschrieben sind. Aber die parasitären Figuren kann man von den degenerativen unterscheiden, wenn man die den ersteren eigenthümliche Pigmentirung, ihre verschiedenen Entwickelungsphasen und ihren Kern beobachtet. Durch die angeführten Momente, die zur Differentialdiagnose dienen, ist gegenwärtig die Individualität der Blutparasiten unzweifelhaft bewiesen.

Referate.

Hugo Knochenstiern: Ueber den Keimgehalt der Dorpater Marktmilch nebst einigen bakteriologischen Untersuchungen von Frauenmilch. (Inaug. Diss. Dorpat. 1893).

Nach Untersuchung der Dorpater Marktmilch auf ihren Keimgehalt wendet sich Autor der Frage zu, wie es sich mit der Frauenmilch verhalte. Die Sterilität der Frauenmilch war lange Zeit ein allgemein angenommenes Dogma, welches aber nicht auf Grund wissenschaftlicher Forschungen gewonnen war. Es sind allerdings Keime in der Frauenmilch nachgewiesen worden, aber nur bei kranken Frauen, sei es, dass sie an einer Mastitis oder einer Allgemeinerkrankung litten. So haben Foà und Bordoni-Uffreduzzi den Fränkel'schen Pneumoniecoccus in der Milch einer pneumonisch erkrankten Frau constatirt, Escherich den Staphylococcus pyogenes albus und aureus in der Milch septisch inficirter Wöchnerinnen gefunden. — Dagegen stellen M. Cohn und Dr. H. Neumann auf Grund ihrer zahlreichen Versuche folgende Sätze auf: «die nach Reinigung der Warze (Sublimat und Alkohol) aus der gesunden Brust einer gesunden Frau entleerte Milch enthält stets oder fast stets Keime. Der Keimgehalt der Milch ist um so geringer, je kürzere Zeit seit ihrer Bildung verstrichen ist. Es richtet sich die Keimzahl nach 2 Umständen: nach der Zeitdauer, welche nach dem letzten Saugact verflossen ist und nach der Grösse des Milchquantums, welches unmittelbar vor der zur Untersuchung benutzten Milchprobe entleert wurde. Was die räumliche Vertheilung der Keime innerhalb der Milchgänge betrifft, so ist die Zahl der Milchkeime im Beginn eines jeden Saugactes, in welchem die in den peripherischen Theilen der Drüse stagnirende Milch entleert wird, eine grössere, als im weiteren Verlaufe...». Daraus folgern die Autoren, dass die Keime von aussen in die Drüse eingewandert sind.—Auch A. Palleske kommt zum Schluss, dass in der Milch auch völlig gesunder Frauen sich häufig, vielleicht in der Hälfte aller Fälle, Mikroorganismen vorfinden; dieselben gehören zu den Coccen und zwar lediglich zur Unterart des Staphylococcus pyogenes albus.

Verfasser geht nun auf die Methode seiner Untersuchungen über und schildert zunächst das Verfahren bei der Milchgewinnung. Anstatt die Gelatine tropfenweise mit unverdünnter Milch zu impfen, wie es seine Vorgänger thaten, stellte er Verdünnungen mit sterilisirtem Wasser an und impfte jedes Mal 2 Röhrchen. Die letzten 17 Züchtungen hat er mit unverdünnter Milch vorgenommen, da es sich herausstellte, dass die gewachsenen Kolonien, trotz der in diesem Falle stärkeren Trübung, ganz deutlich zu erkennen waren. Nach Herstellung der Platten mit dem Körber'schen Drehapparat hielt er dieselben bei Zimmertemperatur im Dunkeln, bis sich Kolonien deutlich entwickelt hatten, so dass sie bequem zu zählen waren.

Die steril gebliebenen Platten wurden gewöhnlich 3 Wochen gehalten, um dann verworfen oder, wie es später geschah, in den Thermostat gestellt zu werden. Nachdem sie 1 bis 2 Mal 24 Stunden im Thermostat gestanden, welche Zeit genügen musste, die bei Zimmertemperatur nicht wachsenden Keime zur Entwickelung zu bringen, wurden aus dem nun verflüssigten Inhalt der Platten Strichkulturen auf schräges Agar gemacht, die dann wieder in den Thermostat gestellt wurden. — Die in der Mehrzahl steril gebliebenen Agarstriche konnten als Beweis dienen, dass die originalen Rollröhrchen vollständig keimfrei waren. Die bei Zimmertemperatur gewachsenen Colonien wurden mit einer Platinnadel auf schräge Gelatine überimpft. Sodann klassificirte Autor vermittelst des hängenden Tropfens die Gelatineculturen der bei Zimmertemperatur gewachsenen Kolonien in die Hauptgruppen der Coccen und Bacillen und suchte hierauf durch Anlegung von Plattenculturen, Gelatine-Strich- und Stichculturen die Keime zu identificiren. Die aus dem Thermostat stammenden Agarculturen, deren Keime sich nicht bei Zimmertemperatur in den Rollröhrchen entwickelt hatten, wurden auch vermittelst des hängenden Tropfens untersucht und zu der Gruppe der Coccen gehörig erkannt und zwar zu der Gruppe der Haufencoccen. Nach Anlegung von Agarplatten, von Agar-, Glycerinagar-, Blutserum-, Kartoffel- und Bouillonculturen, die alle an einem Tage gemacht und in den Thermostat gestellt wurden, zeigte es sich, dass die ursprünglichen Agarculturen alle zu einer Art gehörten. Die bei Zimmertemperatur gehaltenen Gelatine- und Agarplatten und ebenso die anderen Nährböden derselben blieben wochenlang ohne Keimbildung.

Im Ganzen wurde die Milch von 8 vollständig gesunden Wöchnerinnen und stillenden Frauen untersucht. Die Kinder derselben zeigten in allen Fällen eine ihrem Alter entsprechende gute Entwickelung. An diesen 8 Frauen wurden 48 gelungene Untersuchungen angestellt, so dass fast auf jede eine ganze Reihe von Beobachtungen fällt.

Verfasser kommt zum Resultat, dass **die nach Reinigung der Warze aus der gesunden Brust einer gesunden Frau entleerte Milch oft Keime enthält, unter denen der Staphylococcus pyogenes albus am häufigsten vorkommt.** Er scheint von aussen in die Milchsinus eingewandert zu sein, entfaltet aber dort keine pathogenen Wirkungen.

Ausserdem kommen noch mehrere Arten von anderen Coccen und einige Arten Bakterien vor; jede einzelne Art ist aber im Vergleich mit dem Staphylococcus pyogenes albus viel seltener. Einmal wurde weisse Hefe gefunden.

C. Tomberg.

Eingesandt.

Das Recht der Presse im allgemeinen, kommunale Institutionen und Aeusserungen kommunalen Lebens zu beurtheilen, wird niemand bestreiten wollen. Fraglich erscheint nur, wie weit vernünftiger Weise von diesem Recht Gebrauch zu machen ist und wo bereits der Missbrauch anfängt. Wenn, wie in dem uns vorliegenden, die Anstalt Rothenberg betreffenden Fall von der S. Petersb. Med. W. in Nr. 23 und 25 nicht etwa der Wahlmodus, sondern das Wahlresultat, die vom berufenen amtlichen Wahlkörper gesetzlich und nach bestem Wissen und Gewissen vollzogene Wahl resp. die Zurückweisung nicht geeignet erscheinender Kandidaten angegriffen wird, so scheint uns aber damit jene Grenze des rechten Gebrauchs überschritten zu sein. Mit der vollzogenen Wahl wird die Angelegenheit zu einer reinen Personenfrage und von ihrer kritischen Behandlung sollte sich unseres Erachtens das medicinische Blatt gänzlich ferne halten. Ganz mit demselben Recht, wie jenes Wahlresultat könnte die Presse konsequenter Weise bereits funktionirende Amtspersonen vor ihren hohen Richterstuhl ziehen, um ihnen etwa alljährlich die maassgebende Censur fernerer Brauchbarkeit zu ertheilen. Das Bedenkliche und Unpassende solcher Konsequenz leuchtet ein.

In derartigen Personenfragen sollte aber die Presse nicht vergessen, dass sie ausser dem unbestreitbaren Recht zu reden das ebenso sichere und unter Umständen werthvollere Recht zu schweigen hat. Und Schweigen wäre im Rothenberger Falle, in dem auch das materielle Recht der Unzufriedenen sehr zweifelhaft ist, wohl das einzig Richtige gewesen.

Wie es früher damit, wenigstens in unserer medicinischen Presse, gehalten worden ist, weiss ich nicht. Es mag H. Dr Wanach überlassen werden, seine citirten, angeblich gleichen Fälle auf ihre Vergleichbarkeit hin nochmals zu prüfen. Ich bezweifele, dass etwas dem gegenwärtigen Falle gleichartiges vorgekommen ist. Sollte es wider Erwarten dennoch geschehen sein, dann ist das frühere Verhalten ebenso zu tadeln, als er doch nie im Stande letzteres zu rechtfertigen.

Riga, 25. Juni. 1893. Dr. P. Hampeln.

Der Angriff, den das vorliegende «Eingesandt» enthält, erfordert eine Abwehr; ich glaube, es wird gut sein, wenn dieselbe maassvoller gehalten ist, als jener.

Im Wesentlichen handelt es sich um die Frage, ob die Wahl für einen communalen Posten öffentlich beurtheilt werden darf oder nicht. Der Verfasser des «Eingesandt» bezeichnet das selbst als fraglich, giebt also doch zu, dass auch ein andrer Standpunkt, als der von ihm in so kräftigen Ausdrücken behauptete, berechtigt sein mag. Wenige Aeusserungen communalen Lebens sind von so grossem öffentlichem Interesse, wie gerade Wahlresultate (am Wahlmodus ist ein viel engerer Kreis betheiligt). Es handelt sich dabei durchaus nicht nur um Personenfragen, sondern jede Neuwahl hat eine nicht geringe symptomatische und prognostische Bedeutung für die Institution, für die sie stattfindet. Wesshalb es also das «einzig Richtige» ist, solche Dinge immer mit Stillschweigen zu übergehen ist zu beweisen. — Der Passus des «Eingesandt» von der Censurertheilung enthält eine so offenbare Uebertreibung, dass er wohl unberücksichtigt bleiben kann.

Dieser mir aufgedrungene principielle Streit lenkt wieder vom Ausgangspunkt der ganzen Sache, der Notiz in Nr. 23 der Wochenschrift, ab. Dort wurde das directe Wahlresultat nicht einmal andeutungsweise erwähnt, es wurde nur eine doch jedenfalls auffallende Wirkung desselben, die öffentlich zu Tage trat, in ihrer Beziehung zur Anstalt beurtheilt, also möglichst wenig Persönliches hineingebracht. Später habe ich nur direct auf Einwände und Angriffe geantwortet. Das sollte doch sehr genau berücksichtigt werden.

Die von mir citirten Präcedenzfälle habe ich gerade in der Absicht genau angegeben, damit ihre Prüfung nicht nur mir überlassen bleibe. Dass Herr Dr. Hampeln «nicht weiss» und «bezweifelt» und die citirten Fälle «angeblich gleiche» nennt, wo er doch mit leichter Mühe erfahren kann, ist doch — recht auffallend. Uebrigens lege ich auf diese Präcedenzfälle kein grosses Gewicht und habe sie auch nur als directe Antwort auf eine Bemerkung in der Zuschrift der Nr. 25 citirt.

Zum Schluss bemerke ich noch Folgendes. Die Notiz in Nr. 23 ist, soviel ich sehe, inhaltlich nicht widerlegt worden.

Die mir zugegangenen Zuschriften behandeln andre Dinge, die ich sachlich beantwortet zu haben glaube. Ich habe also keinen Grund, die Polemik, die sehr zu meinem Bedauern einen solchen Umfang und einen solchen Ton angenommen hat, fortzusetzen. Rudolf Wanach.

Vermischtes.

— Der Professor emer. und ordentliche Professor der Physik an der Universität Jurjew (Dorpat), wirkl. Staatsrath Dr. Arthur v. Oettingen, welcher auch der Lehrer vieler Generationen von Medicinern gewesen ist, hat, wie die N. Dörptsche Zeitung erfährt, nach 30-jährigem Dienste an der erwähnten Hochschule dieser Tage seine Amtsentlassung erhalten. Wie verlautet, wird Prof. v. Oettingen mit dem Beginn des kommenden Semesters die Heimath verlassen; er gedenkt in Deutschland weiter im Dienste seiner Wissenschaft thätig zu sein. Die N. D. Ztg. widmet dem Scheidenden mit Recht warme Worte der Anerkennung: Abgesehen von seiner wissenschaftlichen Befähigung und Bedeutung ist Arthur v. Oettingen ein academischer Lehrer, der sich durch Klarheit und Anschaulichkeit des Vortrages in hohem Maasse ausgezeichnet, und ein Mann, der — Dank der Vielseitigkeit seines Wissens und seiner Interessen, unterstützt von seltener Arbeitskraft und Beherrschung des Worts — auch ausserhalb des Kreises seiner speciellen Berufsthätigkeit fruchtbar und fördernd ein Menschenleben hindurch an der Stätte der alma mater Dorpatensis gewirkt hat. Mit schmerzlichem Bedauern sieht man ihn daher scheiden.

— In Lodz beging am 15. Juni d. J. der Senior der dortigen Aerzte, Dr. Adolf Wolberg das 40-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. Die letzten 35 Jahre hat W. ununterbrochen in Lodz zugebracht. Seine dortigen Collegen beabsichtigten aus diesem Anlass eine Jubiläumsfeier zu arrangiren; der Jubilar lehnte jedoch mit wärmstem Danke für die gute Absicht jede Ovation ab und übergab den Collegen zum Andenken an diesen Tag zwei Spenden, deren eine er für die Gesellschaft der Aerzte in Lodz und die zweite für die Wittwen- und Waisenkasse der Aerzte bestimmte.

— Am 10. Juli d. J. vollenden sich 60 Jahre der Dienstthätigkeit des beständigen Mitgliedes des militär-medicinischen Comités, Geheimrath Dr. Alexander Archipow. Der Jubilar, im Jahre 1813 geboren, ist gegenwärtig der älteste Arzt der russischen Armee. Nach Absolvirung des Cursus an der medico-chirurgischen Academie i. J. 1833 war er Arzt des Preobrashenskischen Regiments, dann Oberarzt des Litthauischen Garderegiments, Divisionsarzt in Warschau und von 1868 an lange Jahre hindurch Militär-Medicinalinspector des Kiewschen Militärbezirks. Im Jahre 1886 wurde er zum Mitgliede des militär-medicinischen Comités ernannt, welches Amt er noch gegenwärtig bekleidet. Dr. Archipow ist auch vielfach literärisch thätig gewesen; er ist Ehrenmitglied der Vereine für's Militär-Sanitätswesen in Kiew und Helsingfors und der hiesigen Gesellschaft russischer Aerzte, welcher er mehr als 50 Jahre angehört.

— Die ausserordentlichen Professoren der Universität Tomsk Dr. Jerofejew (Ophthalmolog), Dr. Anfimow (Psychiater) und Dr. Grammatikati (Gynäkolog) sind als ordentliche Professoren auf den von ihnen eingenommenen Lehrstühlen bestätigt worden.

— Verstorben: 1) Am 2. Juni in Wladimir-Wolynsk der freipraktieirende Arzt Wladislaw Pawlowski, 57 Jahre alt, an Pericarditis. Der Hingeschiedene, welcher seine medicinische Ausbildung in Kiew erhalten hatte, war anfangs 10 Jahre hindurch Militärarzt und liess sich dann als praktischer Arzt in Wladimir nieder. Er hat sich durch seine Praxis, da er höchst bescheiden und zurückgezogen lebte, ein Kapital von 69,000 Rbl. erworben, welches in der Warschauer Abtheilung der Reichsbank aufbewahrt wird, bis seine Erben ausfindig gemacht werden. 2) In Kiew der jüngere Arzt des dortigen Militärhospitals Wladimir Ponomarenko im 33. Lebensjahre. 3) In Kiew am 28. Mai der Arzt Stepan Saslawski im 69. Lebensjahre. 4—6) Die in der Reserve des Militär-Medicinalressorts stehenden Aerzte, Guttmann, Lissowski und Gaponow. 7) In Paris am 16. Juni der bekannte Dermatolog Dr. Emil Vidal, im Alter von 68. Jahren. Der Verstorbene war Präsident der französischen dermatologischen Gesellschaft.

— Ueber die Feier des 50-jährigen Doctorjubiläums des Professors v. Pettenkofer in München bringen wir nachträglich noch einige Einzelheiten. Die Feier fand im festlich geschmückten Rathhaussaale statt, wo der Jubilar die ihm von den deutschen Universitäten, ärztlichen Körperschaften, den bayerischen Behörden mündlich und schriftlich dargebrachten Glückwünsche, Adressen und Ehrenmitgliedsdiplome entgegennahm. Auch die deutsche Kaiserin Augusta Victoria, sowie der Herzog Dr. Karl Theodor von Bayern und mehrere preussische Staatsminister hatten Glückwunsch-Telegramme gesandt. Von ausländischen Universitäten waren aus Edinburg, Utrecht, Kasan, Kiew und der St. Petersburger Academie telegraphische Glückwünsche eingelaufen. Seitens der Stadt München wurde dem Jubilar die goldene Bürgermedaille überreicht. Die Redaction der «Münchener medicinischen Wochenschrift» widmet dem Jubilar in ihrer Nummer vom 28. Juni nachstehende im mittelalterlichen Latein gehaltene poetische Begrüssung:

Maximiliano de Pettenkofer.

Macte nobilis scrutator	Mentis acie perspexisti
Audax experimentator	Humum atque reclusisti
Qui edisti «commata».	Pestilentiae latebras.
Omnia quae tetigisti	Studio tuo reparata
Omnia illustravisti	Urbis fama maculata: —
Ardua problemata	Te salutat civitas!

(Allg. med. C.-Ztg.)

— Die Morphiumsucht ist unter den Aerzten sehr verbreitet. Nach Lacassagne waren von 545 Morphinisten 289 Aerzte.

— Die Gesammtzahl der Medicinstudirenden auf den 20 Universitäten Deutschlands beträgt im laufenden Sommersemester 8159. Die grösste Zahl der Mediciner hat München (1210) dann Berlin (1116) und Leipzig (762), die geringste Zahl Rostock (111).

— Der Verwaltungsrath der ärztlichen Hülfscasse «Le Concours médical» in Paris hat beschlossen in nächster Zeit eine Casse zur Versicherung gegen Krankheitsfälle für alle Aerzte Frankreichs zu gründen.

— Dr. Valentin Koczorowski hat der Gesellschaft Warschauer Aerzte (Towarzystwo Lekarskie Warszawskie) ein Kapital hinterlassen, von dessen Zinsen 6 Stipendien zu je 300 Rbl. Medicinstudirenden polnischer Herkunft und katholischer Confession ertheilt werden sollen. Die Stipendien werden vom nächsten Studienjahre 1893/94 vergeben werden. Bewerber haben sich an die Kanzlei der Gesellschaft Warschauer Aerzte (Warschau, ulica Niecala, Nr. 7) zu wenden.

— Die Cholera macht in Russland in letzter Zeit wieder deutliche Fortschritte, wie das auch aus dem neuesten Cholera-Bulletin hervorgeht, welches die vom 19. bis 25. Juni beim Medicinal-Departement eingegangenen Daten bringt. Unsere Zweifel bezüglich der Angabe des vorherigen officiellen Cholerabulletins, dass in Podolien keine Choleraerkrankungen mehr vorgekommen seien, erweisen sich als vollkommen berechtigt, denn nach dem neueren Cholerabulletin sind dort in der Zeit vom 6.—12. Juni nicht weniger als 301 Personen erkrankt und 100 Personen gestorben. Die zweite Stelle nimmt Bessarabien mit 35 Erkrankungen und 15 Todesfällen (vom 6.—12. Juni) ein. Es folgen dann die Stadt Orel (23 Erkr., 10 Todesf. v. 13.—19. Juni), die Gouvernements Cherson (18 Erkr., 9 Todesf.), Orel (9 resp. 2). Tula (8 resp. 3), Ferner werden aus dem Kubangebiet und den Gouv. Kursk, Saratow, Stawropol und Wjatka vereinzelte Cholerafälle gemeldet. Choleraverdächtige Erkrankungen sind in der Stadt Moskau (8) und in den Gouvernements Moskau Pensa und Simbirsk vorgekommen.

Wie eine Moskauer Zeitung neuerdings berichtet, sind in Moskau die ersten Fälle von Cholera asiatica bereits am 18. Juni constatirt worden. Vom 18.—28. Juni sollen dort 31 Personen erkrankt, 2 genesen und 11 gestorben und zum 28. Juni 18 Cholerakranke in Behandlung verblieben sein.

Was das Verbreitungsgebiet der Cholera im übrigen Europa anbelangt, so herrscht sie noch im südlichen Frankreich, wo an verschiedenen Orten bis Mitte Juni 356 Choleratodesfälle vorgekommen sind. Auch aus Paris wurden 5 Fälle gemeldet.

In Asien herrscht die Cholera in der asiatischen Türkei, wo im Vilajet Bassora vom 5.—11. Juni n. St. 139 Todesfälle vorgekommen sind. ausserdem in Persien und Ostindien (Calcutta). In Mekka wüthet die Seuche fürchterlich; es sollen dort Hunderte von Pilgern täglich an der Cholera sterben.

Vacanz.

Im Kreise Jegorjewsk (Gouv. Rjasan) wird am 15. Juli die Stelle des Landschaftsarztes bei der Kolionowschen Heilanstalt vacant. Der Arzt ist verpflichtet dreimal im Monat die Gemeindeverwaltungen des Bezirks zu besuchen. Gehalt 1000 Rbl. jährlich. Adresse: «Егорьевская Земская Управа».

bei entzündlichen und rheumatischen Affectionen aller Art, theils in Folge seiner durch experimentelle und klinische Beobachtungen erwiesenen reducirenden, sedativen und antiparasitären Eigenschaften, anderntheils durch seine die Resorption befördernden und den Stoffwechsel steigernden Wirkungen.

Saxlehner's Bitterwasser Hunyadi Janos. Nach Gutachten ärztlicher Autoritäten zeichnet sich dieses natürliche Purgativ durch folgende Vorzüge aus: Prompte und sichere Wirkung; milder Geschmack; geringe Dosis; auch bei längerem Gebrauche keine Verdauungsstörungen. Indication: Habituelle Stuhlverstopfung; Leberleiden; Gelbsucht etc. Neuerdings auch in der zahnärztlichen Praxis mit Erfolg angewendet.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Fr. **Amalie Schulze**, Офицерская 55/17, кв. 93.

Frau **A. Wiander**, Вас. Остр. 7 л. д. 6, кв. 6.

Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.

Frau **Marie Kubern**, Мойка 84, кв. 19.

Sophie Jordan, Вас. Остр., 10 лин. д. 11, кв. 9.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14 кв. 15.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп. д. 5, кв. 18.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

Marie Mohl, В. О. 1. л. д. 44, кв. 3.

Дозв. ценз. Спб. 25 Іюля. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15

XVIII. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** **Neue Folge X. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 28 St. Petersburg, 10. (22.) Juli **1893**

Fünfter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der fünfte Aerztetag findet in Dorpat vom 1—3. September d. J. statt.

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht überschreiten darf, werden die Herren Aerzte ersucht, unter genauer Angabe des Themas und kurzer Wiedergabe des Inhalts baldmöglichst,

spätestens aber bis zum 15. Juli a. c.,

bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes:
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart-Fellin.

Ein Fall von Febris intermittens pneumonica von unregelmässig quartanem Typus.

Von

N. Kirikow.

(Schluss).

Indem wir jetzt zu unserem Fall übergehn, bemerken wir, dass das Blut zur Untersuchung, durch einen Stich in den Finger gewonnen, in dünner Lage auf Deckgläschen vertheilt wurde; nachdem diese dreimal durch die Flamme einer Spirituslampe gezogen waren, wurden die Präparate nach der Methode von Nikiforow 20—30 Minuten lang in einem Gemisch von gleichen Theilen absoluten Alkohols und Aether fixirt und nach Chenzinsky und Gabritschewsky gefärbt: zuerst mit Eosin (5 Minuten lang in einer Lösung von ½ Eosin, 60 Spiritus und 40 Wasser) und dann mit Methylenblau (circa ½ Minute in gesättigter wässeriger Lösung, zur Hälfte mit Wasser verdünnt); nach dieser Methode wird der Kern nicht gefärbt.

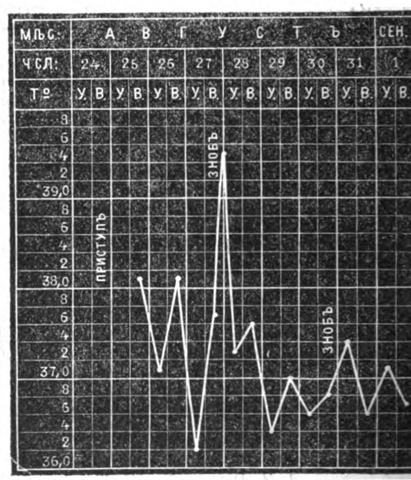
Vor Kurzem hat Mamurowsky (Med. obosr. 1892 Nr. 18, pag. 594—595) folgende Modification der Färbung vorgeschlagen: Das Blut wird zwischen 2 Deckgläschen ausgebreitet und getrocknet, indem man es dreimal durch eine Spiritusflamme zieht. Darnach wird das Präparat auf 5—15 Minuten in eine gesättigte alkoholische Eosinlösung gelegt, wodurch es gleichzeitig gefärbt und fixirt wird. Den Ueberschuss der Farblösung lässt man ablaufen oder entfernt ihn mit Filtrirpapier. Darnach lässt man durch 3—5 Minuten eine zur Hälfte mit destillirtem Wasser verdünnte gesättigte Methylenblaulösung einwirken. Die gefärbten Präparate werden mit destillirtem Wasser gewaschen, bis der Fond wieder rosa wird; dann trocknet man sie hoch über der Spiritusflamme. Bei dieser Methode werden auch die Kerne gefärbt. Die Erythrocyten und die Granula der eosinophilen Zellen sind intensiv rosa, die Kerne der Leukocyten dunkelblau, die Blutplättchen ganz schwach bläulich, die Malariaparasiten hellblau, die Kerne der Segmentationsformen intensiv blau, die Kerne der jüngeren Individuen, im Vergleich mit ihrem Protoplasma, blasser. Der Verfasser versichert dass die erhaltenen Resultate sehr befriedigend sind.

Auf unseren Präparaten fanden wir folgende Formen des Malariaparasiten (die Parasiten waren blau, die rothen Blutkörperchen rosa): 1) Am häufigsten und zahlreichsten vollständig erwachsene pigmentirte Körper von mehr oder weniger regelmässiger runder Form, zuweilen etwas länglich-ovale, alle innerhalb der rothen Blutkörperchen gelegen, die nicht vergrössert und verhältnissmässig wenig entfärbt waren; das Pigment war häufig als dichterer Streifen an der Peripherie angeordnet, ausserdem aber ziemlich gleichmässig über die ganze Masse des Parasiten vertheilt; die Pigmentkörnchen und -stäbchen ziemlich massiv; der Parasit nimmt fast überall den grössten Theil des Blutkörperchens ein. von letzterem bleibt nur ein verhältnissmässig schmaler Saum übrig. 2) Grössere Formen, bei denen alles Pigment im Centrum angehäuft liegt; im umgebenden Protoplasma beginnende Differenzirung in Tochterkörperchen, die aber noch nicht scharf gegen einander abgegrenzt sind. Nur hier und da ist die Differenzirung so weit fortgeschritten, dass man 6—8 Körperchen unterscheiden kann, die in einfacher Reihe den centralen Pigmenthaufen umgeben (nach Art eines Marienblümchens oder richtiger eines Vergissmeinnicht). Es kommen auch Uebergangsformen vor, wo das Pigment noch nicht so zusammengehäuft ist und die Differenzirung des Protoplasma kaum angedeutet ist. Einmal kam auch ein freies Körperchen mit Vacuolen vor; diese sind häu-

figer bei Febris tertiana und ihre Bedeutung für den Vermehrungsprocess ist noch nicht sichergestellt. 3) Der Zahl nach zwischen den beschriebenen zwei Formen in der Mitte stehend, junge Parasiten, seltener in den rothen Blutkörperchen (einmal kam eine ringförmige Form vor, wobei ihr Centrum nicht durch Eosin gefärbt, sondern von der Farbe des Stroma des rothen Blutkörperchens war), häufiger freie. Ihre Umrisse sind verschieden, bald wunderlich gekrümmt, bald birnförmig, bald in die Länge gezogen; zuweilen kann man sie in dem Moment sehen, wo sie in die rothen Blutkörperchen eindringen; die Mehrzahl dieser Formen ist ebenso wie in der oben angeführten Beobachtung Titow's pigmentirt. 4) Unter den letzteren Formen kommen auch geisseltragende vor; der geisselartige Fortsatz ist wie bei Titow gefärbt, zuweilen sehr lang, gekrümmt und gewunden. Diese Fortsätze erscheinen bald als dünne Wülste, bald als dickere Auswüchse; in das Innere der letzteren dringt aus dem Körper des ganzen Gebildes zuweilen Pigment ein; bei einigen Individuen wechseln dünne und massivere Partien der Wülste ab. 5) Halbmondförmige Gebilde wurden in den Präparaten ebenfalls gesehn, wenn auch in beschränkter Zahl. Ausser mehr oder weniger deutlich ausgebildeten Halbmonden fanden sich, wie schon erwähnt, unter den ausgewachsenen Parasiten längliche, unregelmässig ovale Formen mit weniger ausgedehnter Pigmentirung, die ebenso wie die von Koroljko beschriebenen einen Uebergang zu den Halbmonden darstellen. An einigen Stellen waren solche länglich-ovale Körperchen offenbar im Austreten aus einem rothen Blutkörperchen begriffen; das Blutkörperchen ist gekrümmt und umfasst gleichsam von einer Seite den halbfreien Parasiten; es können also die ovalen Körperchen, wie auch schon Canalis annahm, frei werden, ohne vorher sich zu Halbmonden zu krümmen. Selten wurden in den Präparaten deutlich halbmondförmige Formen mit central gelegenem Pigment angetroffen; sie waren frei oder von einem Rest eines rothen Blutkörperchens begleitet, der sie in Form eines schmalen, schwach gefärbten glänzenden Saumes an ihrer concaven Seite begleitete. Bemerkenswerth waren noch theils freie, theils in oder auf den rothen Blutkörperchen liegende kleine, meist runde, scharf conturirte und relativ stärker blau gefärbte Gebilde; wenn nicht, besonders an ihrer Peripherie, Pigmentkörnchen zu unterscheiden wären, so könnte man sie auf den ersten Blick für Kerne von kernhaltigen Erythrocyten halten. Ein solches Körperchen, das frei lag, war mit einem Fortsatz versehn. Ausserdem fanden sich in den Präparaten noch Leukocyten, die feinste Körnchen schwarzen Pigments und zerfallene Protoplasmamassen mit Pigmenthäufchen enthielten. Das Pigment liegt auch zuweilen frei in Häufchen oder einzelnen Körnchen von gelblich brauner Farbe.

Was die jungen geisseltragenden oder fortsatzlosen Bildungen betrifft, die noch frei sind, aber schon Pigment enthalten, (auch Titow hat sie beobachtet), so ist es schwer die Herkunft ihres Pigments zu erklären. Man kann nur annehmen, dass das Protoplasma der Tochter- oder Mutterzellen noch während ihres Aufenthalts im rothen Blutkörperchen mit einem Vorrath von Nährmaterial versehen ist, vielleicht in gelöster Form, aus dem später durch die jungen Parasiten das Melanin abgeschieden wird, noch bevor sie in die rothen Blutkörperchen eindringen; vielleicht wird auch das zur Pigmentbildung nöthige Material vom Blutplasma geliefert; als Bestätigung dafür kann man anführen, dass einmal ein freies junges Körperchen von unregelmässig dreieckiger Form gefunden wurde, das ausser dem gewöhnlichen schwarzen Pigment in den Ecken gröbere, durchsichtige, gelblich-bräunliche Körnchen enthielt[22]). Die unter 5) erwähnten pigmentirten, scharf conturirten, dunkel gefärbten Gebilde sind offenbar analog den von Golgi und Kamen gesehenen. Diese Autoren halten sie für das erste Entwickelungsstadium der Halbmonde, der erstere glaubt ausserdem in ihnen die centralen Partien der Halbmonde, die nach dem Zerfall der letzteren in Tochterzellen frei werden, zu finden. Sehr möglich dass auch Bogatschew[23]), soviel man nach seiner Beschreibung ohne Zeichnungen urtheilen kann, solche Gebilde in den rothen Blutkörperchen gesehen hat. Arnaud (loco cit.) beobachtete unter 289 Blutuntersuchungen von Malariakranken 21 Mal im frischen Blut bewegliche kleine pigmentirte Körperchen: die Beweglichkeit hing offenbar von der Existenz geisselartiger Fortsätze ab, die aber schwer zu unterscheiden waren. Die Körperchen waren mehr oder weniger deutlich gefärbt.

Es ist leicht ersichtlich, dass unsere Präparate Formen aufwiesen, die am meisten dem Parasiten der Febris quartana entsprachen, welcher nach Koroljko dem Parasiten der unregelmässigen Fieber sehr nahe steht. Ausser den gewöhnlichen Formen wurden unter den jungen Individuen auch geisseltragende gesehn; auch trat Neigung zur Bildung von Halbmonden hervor.

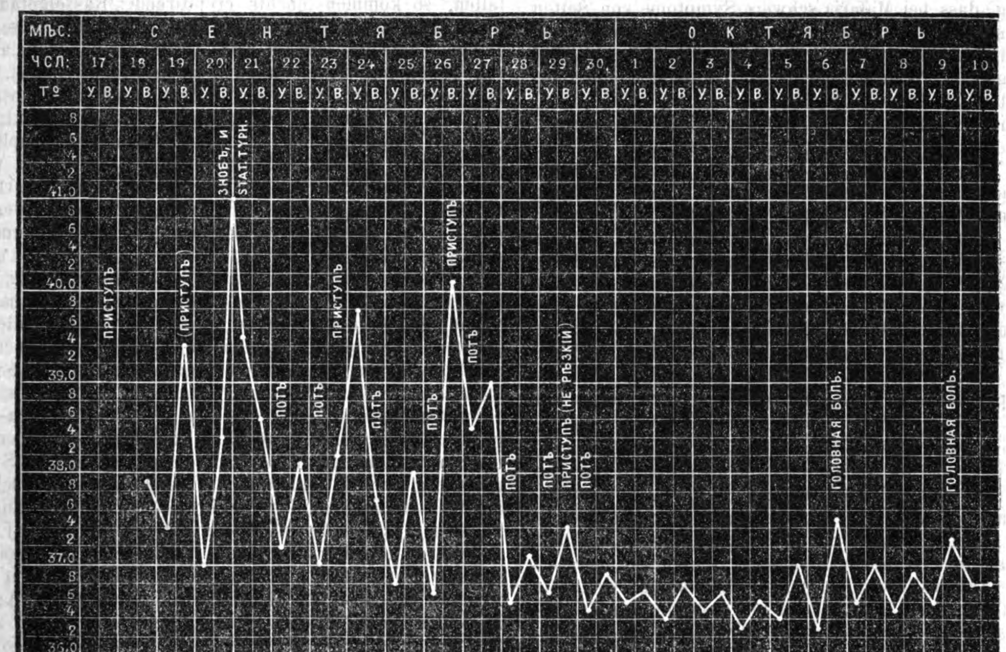


Sieht man sich die Temperaturcurven und den ganzen klinischen Verlauf unseres Falles genau an, so erkennt man, dass das Fieber, wenn man die ausgesprochenen und typischen Anfälle berücksichtigt, nach dem Typus der quartana verlief; aber die Anfälle dehnten sich zuweilen auf den zweiten Tag aus, dauerten im Allgemeinen mehr als 24 Stunden und gaben hin und wieder in ihrer Mitte eine Art von Pseudokrisis. So erhielt das Fieber an einigen Tagen den Charakter einer remittens und subcontinua. Der dritte Tag, d. h. der zweite Tag der Apyrexie, war zuweilen wirklich frei, zuweilen aber trat an ihm wieder ein Anfall auf, einmal ein ganz undeutlicher mit sehr geringer Temperaturerhöhung, ein anderes Mal ein deutlich ausgesprochener mit Temperaturen bis zu 39°. Ein Anfall am 20. Sept. mit einer Temp. von 41° hatte sogar den Charakter einer leichten comatosa. Dafür waren die leichten Anfälle nicht immer mit den gewöhnlichen Folgestadien und subjectiven Erscheinungen verbunden; die ganz leichten Anfälle gaben sich nur durch geringe Temperatursteigerungen zu erkennen und wurden vom Kranken garnicht empfunden (z. B. am 6. u. 9. Oc-

[21]) Arnaud in Tunis (Arch. de méd. et de pharm. milit., Sept. 1892, citirt nach Военно-медицинскій журналъ Febr. 1893 pag. 118—131) beobachtete, dass das Pigment bei Malaria zuweilen nicht schwarz oder schwarzbraun sondern feuerroth ist, folglich kann man alle Farbentöne vom Hämoglobin bis zum Melanin beobachten.

[23]) «Малярія въ гарнизонѣ новогеоргіевской крѣпости». Военно мед. журналъ. 1892 Ноябрь, pag. 164.

tober, am 3. und 4. Dec.). Wie aus der Krankengeschichte und der Anamnese hervorgeht, waren die Intervalle zwischen den Anfällen nicht gleich und erstreckten sich zwischen den Rückfällen bis zu 50 Tagen und mehr. Wir müssen also unseren Fall als F. quartana mit unregelmässigem protrahirtem und complicirtem Verlauf be-





ɪichnen. Entsprechend den klinischen Daten kann man ɪch auf den Präparaten mehrere Entwickelungsphasen ɪsp. mehrere Generationen des Parasiten unterscheiden, ɪn leichtesten kann man die beobachteten Bilder im Sinne ɪamens erklären. Das Blut zur Untersuchung wurde ɪn 26. Sept. 8 Uhr Abends entnommen, also 3 Stunden ɪach dem Beginn eines der typischen Anfälle. Die Mehrɪhl der Parasiten war im Stadium der ganz erwachseɪn Formen, welches unmittelbar dem Vermehrungsstaɪum vorhergeht; unter ihnen war bei einer kleinen Zahl ɪr Körperchen beginnende Segmentation zu bemerken. ɪi Kamen wurden solche Bilder unmittelbar vor dem ɪnfall und während des Frostes beobachtet. Im Verɪeich mit den Kamen'schen Befunden entfernte sich in diesem Fall die Entwickelung der Parasiten also noch mehr vom Verlauf der klinischen Perioden des Fieberanfalls. Arnaud (l. c.) beobachtete einmal ebenfalls den Process der Sporenbildung schon zur Zeit des Anfalls bei 40,5° Temperatur. Er erklärt dieses Factum, wohl mit Unrecht, durch Summirung zweier Anfälle.

Was die weniger zahlreichen jungen Formen betrifft, so muss man sie wahrscheinlich auf vorhergegangene oder nachfolgende Anfälle beziehen (am 25. u. 27. waren nicht deutlich ausgesprochene Anfälle, wobei dem letzteren eine Pseudokrisis vorherging). Dasselbe muss man auch bezüglich der halbmondförmigen und der Uebergangsformen zu diesen sagen[24]). Man muss also den Schluss ziehen, dass sie am ehesten im Sinne der Lehre Laverans und der späteren Concessionen Golgis zu erklären sind. Allein, wie schon namentlich russische Autoren ausgesprochen haben, ist eine strenge Isolirung der einzelnen Entwickelungsphasen und der einzelnen Generationen der Parasiten nicht ganz durchzuführen und entspricht nicht ganz der Wirklichkeit. Die Verschiedenheit der Beobachtungen beruht wie schon erwähnt auf verschiedenen biologischen Eigenschaften des Parasiten. Wie Koroljko (l. c. pag. 33) meint, ist es noch nicht an der Zeit, alle Symptome des Sumpffiebers vom Standpunkt der biologischen Eigenschaften des Parasiten zu erklären; gewiss, weil die Erforschung der biologischen Variationen desselben im strengen Sinne eben erst beginnt.

---

[24]) Während des Druckes dieser Arbeit hatte ich Gelegenheit das Blut eines Kranken mit veralteter Malaria zu untersuchen (im Frühjahr 1887 und im Herbst 1890 Anfälle über einen Tag, eine Zeitlang täglich; folglich wechselten sich F. tertiana und quartana ab). Der gegenwärtige Rückfall mit unregelmässigen und langen Intervallen trat nach einem überstandenen Abdominaltyphus auf. Das Blut wurde 9 Stunden nach Beginn des Anfalls untersucht bei einer Körpertemperatur von 36,9, unmittelbar nach Aufhören des Fiebers (während des Anfalls Frost, Hitze, Milztumor, kein Schweiss, Temp. bis 38,4). Entsprechend dem oben Gesagten wurden kleine ganz junge Formen grösstentheils frei, selten endoglobulär gefunden, beide meist pigmentirt. Folglich erfolgte das Freiwerden der jungen Parasiten, d. h. die Segmentation während des Anfalls. Ausserdem wenig zahlreiche Halbmonde. Am nächsten Tag ausschliesslich junge Formen in geringerer Zahl als gestern.

In Anbetracht der unzweifelhaft nachgewiesenen Malariaerkrankung in unserem Fall beanspruchen besonderes Interesse die wiederholt aufgetretenen Complicationen von Seiten der Athmungsorgane, die zweimal als selbstständige Localerkrankung aufgefasst wurden.

Schon Griesinger[25]) sagt in seiner classischen Abhandlung, dass bei Malaria schwere Symptome von Seiten der Brustorgane vorkommen und zur Aufstellung einer Febris intermittens pleuritica (Pneumonia intermittens) Anlass geben. Während der Malariaanfälle können bei disponirten Personen schwere Lungencongestionen mit blutigem Sputum und sogar Hämorrhagien auftreten und drohende Allgemeinerscheinungen hervorrufen. Endlich giebt es seltene Fälle, in denen nach dem Frost und Hitzestadium Athemnoth, blutiger Auswurf, Knisterrasseln und Dämpfung in den Lungen auftreten; beim nachfolgenden Schweiss und während der Remission werden alle diese objectiven Symptome geringer oder verschwinden ganz, aber nach 4—5 maligen regelmässigen Wiederholungen bleibt die Lungeninfiltration constant und die Affection führt gewöhnlich zum Tode. Von den seltenen Fällen gewöhnlicher Pneumonie mit ähnlichem unregelmässig sprungweisem Verlauf unterscheiden sich die Malariapneumonien durch wiederholte charakteristische Fröste.

Toropow[26]), der sich hauptsächlich auf die kaukasischen Fieber beruft, ist auch von der Existenz bösartiger complicirter Intermittens überzeugt, z. B. F. interm. pneumonica, pleuritica u. s. w. Während der Anfälle tritt Exsudat, Knisterrasseln und Bronchialathmen auf und schwindet in den Intervallen. Bei diesen Formen sind aber die Intervalle nur im Anfang vollständig; weiterhin kommen nur noch Remissionen vor und mit dem Zusammenfliessen der Anfälle tritt der Tod ein. Bei der Behandlung solcher Pneumonien ist das Chinin äusserst werthvoll. Ausser seinen eigenen Beobachtungen macht Toropow noch eine Reihe von Literaturangaben, namentlich aus den 60-er Jahren[27]).

Gendrin[28]) sagt, dass die Brustorgane bei Malaria zuweilen in verschieden hohem Grade von secundären Entzündungen befallen werden. Er hat einige Mal alle Stadien der secundären Pneumonie, von der entzündlichen Congestion bis zur soliden pneumonischen Infiltration, bei remittirenden Fiebern beobachtet. Während einer Epidemie in Neapel hat Sarcone bei einer Leiche Lungenentzündung gefunden.

Briand[29]) beobachtete bei Kindern einen eigenthümlichen Pseudocroup des Kehlkopfs, welchen er auf Vergiftung mit Sumpffiebergift zurückführt und der durch Chinin specifisch beeinflusst wurde. Einem solchen Croup gehen gewöhnlich irgend welche Malariaerscheinungen voraus oder folgen ihm.

Dunin[30]) beschreibt 4 Fälle von Malaria, wo während der ganzen Zeit eine Bronchitis als Hauptsymptom auftrat, und schliesst daraus, dass zuweilen das Malariagift fast ausschliesslich auf die Bronchialschleimhaut wirkt. Zuweilen werden nur die grossen Bronchien afficirt, die Lungen bleiben frei. Werden die kleinen Bronchien befallen, so kommen feuchte crepitirende Rasselgeräusche hinzu. Die Erkrankung ähnelt der Miliartuberculose der Lungen, zuweilen auch einem Abdominaltyphus, in anderen Fällen hat sie einen ganz eigenartigen Verlauf. Zur Diagnosenstellung hilft die Wirksamkeit des Chinins.

Dufour[31]) theilt 2 Fälle von Wechselfieber mit, der eine mit Pleuritis, der andere mit Pneumonie complicirt. Beide Fälle verliefen als F. quotidiana duplicata, während gewöhnlich an jenem Ort die Malaria als F. tertiana verläuft. Einen solchen eigenartigen Temperaturverlauf erklärt der Autor durch die complicirende Pneumonie resp. Pleuritis.

Heinemann[32]) in Mexiko beobachtete häufig eine katarrhalische Form der gewöhnlichen F. quotidiana mit Schnupfen, Conjunctivalreizung und Bronchitis, die mit starker Athemnoth verbunden ist. Malariapneumonien beobachtete er in zwei Formen: eine lobäre, deren Symptome ganz der croupösen Pneumonie entsprechen, und Bronchopneumonie. Beide Formen sind in Vera-Cruz häufig, beiden gehen gewöhnlich Bronchialkatarrhe voraus und nur selten entwickeln sich die physikalischen Symptome vom ersten Anfall an. Charakteristisch erscheint die Unbeständigkeit dieser Erkrankungen, ihre Neigung von einem Lungenlappen auf den anderen, von einer Lunge auf die andere überzuspringen. Auffallend ist auch die schnelle Entstehung und das schnelle Verschwinden aller Symptome. Zuweilen führen wiederholte solche Anfälle zu tödtlichen chronischen Erkrankungen. Der Autor zweifelt nicht an der Specificität dieser Pneumonien und fordert genaue Sputumuntersuchungen. Auch hier hilft Chinin sehr bei der Diagnose. Die Häufigkeit dieser Pneumonien erklärt sich durch das dortige Klima, das häufige Erkrankungen der Athmungsorgane begünstigt.

Heinemann beobachtete auch sehr häufig Pleuritis als Symptom einer Malariainfection. Sie verläuft meist unter Fieber, erreicht aber nur selten weitere Verbreitung; gewöhnlich tritt sie während der Anfälle an verschiedenen Punkten auf und ist von sehr wechselnder Intensität. In frischen Fällen verschwinden während der Intermission Schmerzen, Dämpfung und Reibegeräusche vollständig, aber bei häufigen Wiederholungen sind die Erscheinungen hartnäckiger. Zu einer bedeutenden Exsudation kam es nie.

Kamensky[33]) beobachtete unter der Flottenmannschaft, die von der Donau zurückkehrte, in 5 Fällen einen intermittirenden Bronchialkatarrh, der täglich zur selben Zeit auftrat: Fiebergefühl, verschärftes Athmen, verbreitete, pfeifende, grossblasige Rasselgeräusche in beiden Lungen, geringe Temperaturerhöhung. Bei einem Kranken, der eine croupöse Pneumonie des rechten unteren Lungenlappens überstanden hatte, die sich am 7 Tage mit einer Krisis zu lösen begann, traten 4 Tage nach der Krisis tägliche intermittirende Fieberanfälle auf und alle Symptome der Pneumonie wiederholten sich, darunter auch die cre-

---

[25]) Virchow's Handb. der spec. Path. und Ther. Band 2, Abth. 2. Erlangen 1857 pag. 43.

[26]) Хининъ и его употребленіе въ болотныхъ лихорадкахъ С.-ПБ. 1871. pag. 228—231.

[27]) In Anbetracht der Existenz von Fiebern mit nicht pigmentirten Plasmodien und der Lehre Marchiafavas und Bignamis von der acuten toxischen Nekrose der rothen Blutkörperchen, im Gegensatz zu anderen leichteren Malariafällen mit langsamer Umwandlung von Hämoglobin in Melanin, muss hier betont werden, dass Toropow (l. c. pag. 71—72) und andere kaukasische Aerzte bei weitem nicht immer Pigmentaustritt aus den rothen Blutkörperchen bei Malaria beobachtet haben: Pigmentirung der Milz, des Gehirns und der Leber ist nicht immer bei den an bösartigen Fiebern Verstorbenen zu constatiren. Daselbst ist auch die Literatur jener Zeit über die Beziehung der Melanämie zur Malaria angeführt.

[28]) «Traité philosophique des fièvres périodiques». Paris 1877 pag. 229—230.

[29]) «Congestion du larynx d'origine paludienne». Gaz. des Hopit. 1883 Nr. 90. pag. 315 referirt nach Virchow's Jahresbericht.

[30]) Gazeta lekarska 1885 Nr. 25—26 referirt nach Virchow's Jahresb. 1885 II pag. 20—21.

[31]) De la fièvre intermittente à type biquotidien comme signe prèmonitoire d'une affection plus ou moins grave concomitante et insidieuse. Gaz. des Hop. 1884, Nr. 117, pag. 932 citirt in Virchow's Jahresb. 1884, II, pag. 20.

[32]) Ueber Malariakrankheiten u. s. w. in Vera-Cruz etc. Virchow's Archiv 1885, Band 102 pag. 484, 494—498.

[33]) «О санитарномъ состояніи команды гвардейскаго экипажа» въ с. Федоровскомъ за Май и Іюнь мѣсяца 1878 года и «о санит. сост. команды флотскихъ экипажей» въ селѣ Рыбацкомъ, 6 Іюля и 24 Сент. 1878 г. Мед. прибавл. къ Морск. сборнику. Вып. 19, 1879 pag. 224, 246.

pitirenden Rasselgeräusche. Das Fieber wiederholte sich 3 Tage und war jedes Mal mit Lungenerscheinungen verbunden; mit dem Fieber verschwanden auch die pneumonischen Erscheinungen[34]).

Démétre A. Kadji-Costa[35]) hat 14 Fälle von Pneumonie bei chronischen Malariakranken und bei Malariakachexie mitgetheilt. Die Pneumonien hatten asthenischen Charakter im Sinne Leichtensterns, mit verschlepptem Beginn, schwach entwickelter Hepatisation der Lunge, langsam abfallendem Fieber und protrahirter Lösung bei sehr schweren Allgemeinerscheinungen. Man konnte entweder an genuine Pneumonie denken, die in Folge der Malariakachexie einen asthenischen Verlauf nahm, oder an eine durch Malariaplasmodien hervorgerufene Lungenerkrankung. In dieser Arbeit finden sich auch ausführliche Literaturangaben.

Wenn wir unseren Fall mit den aus der Literatur angeführten vergleichen, so findet sich eine grosse Aehnlichkeit. Da durch den Nachweis von Parasiten die Natur des Allgemeinleidens sicher gestellt ist, so glaube ich, dass mein Fall einiges Interesse bieten wird. Was die von Heinemann aufgeworfene Frage betrifft, ob wir es mit einer Localisation des allgemeinen Leidens oder mit einer secundären Infection zu thun haben, so kann unser Fall leider keine Aufklärung geben, da der Kranke gar kein Sputum zur Untersuchung producirte.

Zum Schluss führe ich noch die Angabe von Heinemann (l. c. pag. 486—488) über die Betheiligung der Leber an der Malariaerkrankung an. Abgesehen von schweren Formen, die unter dem Bilde des Ikterus gravis verlaufen und vom katarrhalischen Ikterus, der häufig einfache Malariaerkrankungen complicirt, kann man zuweilen bei dazu disponirten Personen auch bei einfachen Fiebern die Zeichen einer activen Congestion der Leber beobachten, die sich bei jedem Anfall wiederholen können. Häufig, aber nicht immer, ist Alkoholmissbrauch daran Schuld. Aus solchen Congestionen kann sich eine wirkliche Hepatitis malarica entwickeln, die ihren Folgen nach schon zu den bösartigen Formen gehört. Aber bei rechtzeitigem energischem Chiningebrauch ist die Hepatitis malarica heilbar. In sehr schweren Fällen kann sich, wenigstens in Mexiko, leicht ein Leberabscess entwickeln. Ich füge hinzu, dass bei wiederholten Anfällen und mehr chronischem Verlauf sich aus solchen Hepatitiden wahrscheinlich verschiedene Formen der Lebercirrhose entwickeln können.

Alle eben angeführten Bemerkungen sind, wie aus der Krankengeschichte ersichtlich, auch auf unseren Fall anwendbar.

Referate.

Thomas S. K. Morton: Metatarsalgia (Morton's painful affection of the foot). (Annals of surgery, June, 1893).

Die von Th. G. Morton 1876 beschriebene Affection, die in deutschen Lehrbüchern trotz ihrer praktischen Wichtigkeit nicht besprochen wird, besteht in Folgendem. Nach einem Trauma (forcirte Märsche, Bergpartien, Fussballspiel) oder auch ohne nachweisbare Ursache, zuweilen nach dem Tragen von schlechtem, namentlich zu engem Schuhwerk, entwickeln sich anfallsweise, meist beim Gehen, aber zuweilen auch Nachts im Bett, auftretende Schmerzen, die anfangs genau im Metatarsophalangealgelenk der vierten Zehe localisirt sind, später aber in das Bein bis zur Hüfte hinauf ausstrahlen können. Die Schmerzen können sich so steigern, dass die Patienten genöthigt sind, ohne Rücksicht auf die Umgebung, auf der Strasse oder in Gesellschaft, die Stiefel auszuziehen, Ohnmachtsanwandlungen, Uebelkeiten, kalten Schweiss bekommen und nach Jahren vollständig neurasthenisch und arbeitsunfähig werden. Gröbere anatomische Veränderungen am genannten Gelenk können fehlen, zuweilen findet man eine Erschlaffung des Bandapparates der Metatarsophalangealgelenke. Die Affection tritt meist im mittleren Lebensalter auf, befällt häufiger das weibliche Geschlecht, oft ist nur ein Fuss erkrankt, zuweilen aber auch beide (bei schlechtem Schuhwerk), Anlage zu Neurosen scheint ein prädisponirendes Moment zu sein. Druck auf das IV. Metatarsophalangealgelenk ist nicht immer schmerzhaft, zuweilen kann ein heftiger Anfall durch Verschieben der IV. und V. Metatarsalknochen gegen einander hervorgerufen werden. Morton erklärte die Affection durch Druck und Reibung, denen die plantaren Zehennerven durch die genannten Schädlichkeiten ausgesetzt sind. Dass fast ausschliesslich die IV. Zehe befallen wird, erklärt sich aus der anatomischen Beschaffenheit der Gegend. Die 3 ersten Metatarsophalangealgelenke liegen fast in einer geraden Linie, das Köpfchen des Metatarsus IV liegt bis zu ¼ Zoll hinter dem des Metat. III, das Köpfchen des Metatarsus V bis zu ½ Zoll hinter dem des Metatarsus IV. Die Basis der Grundphalanx und das Metatarsalköpfchen der V. Zehe liegen dem Köpfchen und Halse der Metat. IV. an. Zudem sind der IV. und V. Metatarsus viel beweglicher als die 3 ersten, so dass das vordere Ende des Metatarsus V über und unter den Metat. IV dislocirt werden kann. Nimmt man hinzu, dass Zweige des Nerv. plantaris externus sich zwischen der IV. und V. Zehe verzweigen, so ist es leicht verständlich, dass ein Trauma, welches den seitlich durch einen engen Stiefel zusammengepressten Fuss trifft, diese Nervenzweige reizt und so zum Auftreten der Schmerzanfälle Anlass giebt. Um so leichter wird das geschehen, wenn der Bandapparat erschlafft ist. Leider liegen keine anatomischen Untersuchungen der Nerven vor. In leichten Fällen des Leidens genügt ein guter Stiefel zur Beseitigung der Beschwerden, die Sohle muss hart sein und so breit, dass der Fuss seitlich garnicht gedrückt wird. Auf dem Blatt muss der Schuh so anliegen, dass der Fuss nicht nach vorn gleiten kann. Bradford empfiehlt die Strümpfe mit Zehen zu versehen. Einwickelung des Fusses mit einer Flanellbinde ist oft von grossem Nutzen. In schweren Fällen muss operativ eingegriffen werden. Die Amputation der IV. Zehe einschliesslich des Köpfchens des Metatarsus oder die Resection des Metatarsophalangealgelenks, mit Tenotomie der Beuge- und Strecksehne (damit die Zehe sich nicht nachträglich dislocirt) beseitigt auch die ärgsten Beschwerden mit einem Schlage. Eine Reihe von Krankengeschichten, in denen die oft ausserordentlich schweren Leiden der Patienten anschaulich geschildert sind, ist der interessanten Arbeit beigegeben.

Wanach.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

E. C. Seguin: Vorlesungen über einige Fragen in der Behandlung von Neurosen. Deutsch v. E. Wallach. Leipzig, Verlag von Georg Thieme, 1892.

Ausführlicher wird die idiopathische Epilepsie besprochen. Mit der schablonenmässigen Behandlung muss das Studium und die Beseitigung der secundären Ursachen (fehlerhafte Augen, Dysmenorrhoe, Verdauungsstörungen) Hand in Hand gehen. Bezüglich der Heilbarkeit der idiopath. E. bekennt sich Verf. als Pessimist. Die richtige Bromgabe für den einzelnen Patienten muss empirisch festgestellt werden. Die aus eigener Erfahrung abgeleiteten Gesetze für die Dosirung lauten: a) Die Individuen sind sehr verschieden in ihrer Widerstandsfähigkeit gegen Brompräparate. b) Kinder, besonders kleine Kinder, vertragen relativ grössere Dosen, als Erwachsene. c) Beim Erwachsenen besteht ein gewisses Verhältniss zwischen Grösse, Körpergewicht und Widerstandsfähigkeit gegen Arzneimittel. d) Organische Herzkrankheiten oder ein schwaches Herz vermindern die Widerstandsfähigkeit gegen Br.-mittel. e) Alle organischen Hirnkrankheiten vermehren die Empfänglichkeit für Bromvergiftung. f) Br.-akne sollte nie als Maassstab für die Dosirung gelten. g) Drohende Bromvergiftung giebt sich durch Verlust der Reflexerregbarkeit des Gaumens und Schlundes zu erkennen. Diesen Effect sollte man bei allen Epileptikern zu erreichen suchen; die subtile Aufgabe besteht darin, einen Pat. beständig mehrere Jahre lang in einem Zustande heilsamer Bromvergiftung zu erhalten. h) Es soll ein

---

[34]) Kamensky beobachtete bei chronischen Malariakranken beim Ophthalmoskopiren Blässe des Augenhintergrundes, Anämie und Feinheit seiner Gefässe, undeutliche Conturen der Papille und zuweilen abnorm starke Pigmentablagerung an der Grenze der Papille in der Nähe der Gefässe. Die Sehschärfe war normal, aber die Accomodationsbreite vermindert und der Nahepunkt weiter gerückt (l. c. pag. 217—218 und 240—241): deshalb proponirte er am 1. Dec. 1892 in der Gesellschaft der Marineärzte in Petersburg das Ophtalmoskop als Hülfsmittel bei unklaren Malariafällen zu gebrauchen. Die bei unserem Kranken wiederholt vorgenommene ophthalmoskopische Untersuchung (Dr. Sablotzky) ergab nichts Besonderes.

[35]) Etude clinique des pneumonies postpaludiennes. Revue de med. 10 Nov. 1891 pag 927, citirt nach einem Referat in «Fortschr. der Med.» 1892 Nr. 5 pag. 169.

einziges Brompräparat benutzt werden (Verf. giebt ausschliesslich Br.Na). i) Reichliche Verdünnung der Einzelgabe, am besten in einem leicht alk. Wasser. j) Das meiste oder alles Brom der Tagesgabe wird im Laufe von 4—6 Stunden, ehe die Anfälle sich zu zeigen pflegen, gegeben, womöglich immer nach dem Essen. k) Pünktliche Regelmässigkeit im Gebrauch der Brommittel. Gründe, mit der Dosis zu steigen, sind: 1) Zunehmendes Alter und Wachsthum jugendlicher Pat., besonders das Herannahen der menstruellen Entwickelung. 2) Ungewöhnliche Anfregung oder Ermüdung der Pat. Die Dosis setzt Verf. herab: 1) Wenn Pat. 3 Jahre lang keine Aeusserungen seiner Krankheit gezeigt hat; alle 3—4 Monate wird 0,5—1,0 Brom weggelassen. 2) Zur heissen Jahreszeit. 3) Bei intercurrenten Erkrankungen. Wird Brom nicht vertragen, so giebt Verf. eine Mischung von Chloralhydrat und Br. Na. (1:2 und 1:4). Eine sorgfältig durchgeführte und überwachte Brombehandlung ist im Stande, fast alle Fälle von grand mal zu lindern und in einer gewissen Anzahl von Fällen freie Zeiten von 1—5 Jahren herbeizuführen. Die Behandlung des petit mal ist viel weniger dankbar und manchmal bleibt es selbst bei ausgeprägtem Bromismus unverändert; gute Erfolge sah Verf. noch beim dreisten Gebrauch von Strychnin, Atropin oder Belladonna neben sehr mässigen Bromgaben. Arsenik ist gegen die lästige Akne ein unschätzbares Mittel.

Für die Behandlung der Chorea werden folgende Sätze aufgestellt: a) Das Hauptmittel ist noch immer Arsenik, doch sind erst 18—25 gtt. Sol. Fowl. 3 mal tägl. die eigentlich wirksamen Gaben, nach den Mahlzeiten in einem grossen Bierglase alk. Wassers im Laufe 1 Stunde zu trinken. b) Absolute Ruhe, auf welche nur sehr vorsichtig nach dem Aufhören der chor. Bewegungen verzichtet werden darf. As soll sofort weggelassen werden. Brompräparate sind schädlich, indicirt nur bei grosser Reizbarkeit oder geschlechtlicher Erregung. Augenfehler sind hier ganz besonders zu berücksichtigen. Allgemeine tonisirende Behandlung bei vorhandener Indication. c) In der Reconvalescenz einige wenige gymnastische Uebungen (nicht in grösserer Gesellschaft). d) Prophylaktisch kommen Hygiene, nahrhafte, animalische und fettreiche Kost, Fernhaltung von ungewöhnlichen geistigen Anstrengungen in Betracht.

Im Capitel «Migräne» werden Augenfehler ausser Gicht als wichtiges ätiologisches Moment betont. Die gute Wirkung des systematischen Gebrauches von Cannabis ind., Belladonna, Atropin in grossen Dosen erklärt sich durch den günstigen Einfluss dieser Mittel auf die Accommodation. Extract. Cannabis ind. Herring 0,01 tägl. 3 Mal, jede Woche gesteigert um 0,01, bis das Maximum der Toleranz erreicht ist, doch eine Menge, welche etwas kleiner ist als nöthig, um einen Zustand von Gedankenflucht und träumerischem Halbschlaf herbeizuführen (meist bei Frauen 0,03, bei Männern 0,06 drei Mal tägl). Die Maximaldosis soll viele Monate, ein Jahr und länger gebraucht werden. Während des Paroxysmus ist das Mittel auf 24—48 Stunden auszusetzen. Hier sind am zuverlässigsten Antipyrin 1,0—1,5—2,0 mit 5—10 gtt. Ti. Digit., und Coffein pur. 0,1 alle 10—15 Min. bis zu 5 Dosen, so frühe wie möglich vor dem Anfall, bei den ersten Zeichen seines Herannahens genommen. Sehr oft wirkt Hyoscyamin. kryst. subcutan 0,0012 für mehrere Stunden gut. Gewarnt wird vor der Anwendung von Morphium und Opium.

Gegen die idiopathische Form der Trigeminusneuralgie wird warm empfohlen Aconitin kryst. Duquemel in Pillen zu 0,0003 in täglich steigender Dosis, von 2—3 Pillen bis eventuell 12 Pillen pro die. Die volle physiologische Wirkung zeigt sich durch Taubheits- und Kältegefühl im ganzen Körper an. Aconitin hat keine cumulirenden Eigenschaften. Nach Aufhören des Schmerzes wird die wirksame Dosis mehrere Wochen fortgesetzt; bei einem Recidiv in der Reconvalescenz werden 2—3 Pillen auf einmal genommen. Daneben lässt Verf., auch wenn Lues nicht vorliegt, in allmählig steigender Menge rothes Quecksilberjodid (0,003—0,01) und Jodkali (1,5—3,0) nach jeder Mahlzeit in einem Bierglase alk. Wassers nehmen («mixed treatment»). Diese Behandlung wird 2—3 Monate fortgesetzt, dann, nach anscheinender Heilung, alle paar Monate einen Monat lang wiederholt. Gegen hyperästhetische Stellen Vesicatoren oder leichte Cauterisation. Reichliche Kost und Leberthran. Anfangs, solange Schmerzen vorhanden, flüssige Kost, Verbot des Kauens und Sprechens.

Bei Morbus Basedowii wendet Verf. neben Jodkali, Eisen, Galvanisation des Halses ebenfalls Aconitin in systematischer Weise und leichten Druckverband der Augen an.

Aus dem Capitel «Diät und Hygiene bei Neurosen» seien nur folgende allgemeine diätetische Regeln hervorgehoben: 1) Genuss von viel Wasser, 2) von möglichst viel Fett. 3) Beschränkung der zucker- und stärkemehlhaltigen Nahrung.

Vor dem Missbrauch von Alkohol, Morphium, Opium und Brom bei der Behandlung von Neurosen wird eindringlich gewarnt. Einem nervenkranken Pat. die Morphiumspritze in die Hand zu geben, ist ein Verbrechen! Brom wirkt nur schlafmachend in Fällen von grosser, motorischer Erregung bei einem plethorischen oder sthenischen Zustande oder bei starker peripherer (bes. sexueller) Irritation. «Epilepsie betrachte ich als die einzige Krankheit, in welcher es erlaubt ist, mit Bedacht einen gewissen Grad von Bromvergiftung herbeizuführen».

Die kurze, lebhaft geschriebene Broschüre enthält noch eine Fülle werthvoller Erfahrungen und Winke, sowie einen Excurs über den Zusammenhang von Augenanstrengung und Kopfsymptomen. Sie sei allen Praktikern bestens empfohlen.

Michelson.

Anton Bum und M. T. Schnirer. Diagnostisches Lexicon für praktische Aerzte. Lieferungen 11—20. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg. 1893.

Die nunmehr erschienenen 11—20 Lieferungen, den ersten Band des Werkes abschliessend, haben unsere Erwartungen vollauf bestätigt. Jeder einzelne Artikel ist sorgfältig unter Berücksichtigung der neuesten Fortschritte der Wissenschaft bearbeitet. Von den zahlreichen Artikeln heben wir hier den von Lewandowsky geschriebenen «über Elektrodiagnostik» hervor, der durchaus den praktischen Bedürfnissen entspricht. Die verschiedenen Apparate sind äusserst klar und übersichtlich beschrieben und durch zahlreiche Holzschnitte dem Leser leicht verständlich gemacht. Auch die Abschnitte über Ekzem (Hebra), Endometritis (Kleinwächter), Cystoskopie (Nitze) verdienen besonders hervorgehoben zu werden.

Abelmann.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— In der «Berliner medicinischen Gesellschaft» (Sitzung am 8. Februar 1893) referirte Fürbringer über ein neues eiweissreiches und billiges Nahrungsmittel. Es ist ein Product einer sehr alten Culturpflanze, die seit vielen Jahren in grossartigem Maassstabe in Amerika, Afrika, Asien angebaut wird und in diesen Erdtheilen als beliebtes Genussmittel gilt. Es ist die Erdnuss-Peanut genannt. Die Pflanze treibt die Früchte unter der Erde. In der Schale der Frucht finden sich je 2 Samen mit violetter Schale. Der Geschmack erinnert an rohe Bohnen. Das Mehl geht unter dem Namen der Erdnussgrütze. Der Eiweissgehalt desselben steht bei weitem über demjenigen der proteinreichen Leguminosen, ja sogar der Sojabohne, er beträgt 47 pCt., ferner finden sich 19 pCt. Fette und viele N-freie Substanzen. Ein Kilogramm kostet 40 Pfennig. Es ist also das billigste und kräftigste Nährmittel. Fürbringer hat im Krankenhause Friedrichshain dasselbe als Suppe (25—50,0 zu einer Suppe) verabfolgen lassen. Die meisten Patienten, sogar Dyspeptiker und Krebskranke nahmen die Suppe sehr gerne und vertragen sie auch gut. Was die Ausnutzung betrifft, so war der Stuhl bei Genuss der Erdnussgrütze vollkommen eiweissfrei, das trockene Präparat wurde dagegen unverändert ausgeschieden. F. empfiehlt das Nährmittel besonders für Fettleibige und Diabetiker, ferner zu Vornahme der Playfair'schen Cur. Grosse Bedeutung wird es ferner haben als Volksnahrungsmittel, für Gefängnisse, Volksküchen etc.

(Münch. med. Wochenschr. Nr. 8).

— Frommel empfiehlt gegen das Erbrechen Schwangerer Orexin in Dosen à 0,3 2—3 mal täglich in einer Oblate oder Gelatinekapsel. Eine gleiche Wirkung hat die Base des Orexin-Phenyldihydrochinazolin, welche gleichzeitig den Vorzug vor Orexin hat, kein unangenehmes langanhaltendes Brennen im Munde hervorzurufen.

(Centrbl. f. Gyn. Nr. 16).

Vermischtes.

— Die Orelsche medicinische Gesellschaft hat den Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie an der hiesigen militär-medicinischen Academie, Dr. A. J. Lebedew, zum Ehrenmitgliede gewählt.

— Der Privatdocent der Moskauer Universität, Mag. bot. Ssaposhnikow, ist zum ausserordentlichen Professor der Botanik an der Universität Tomsk ernannt worden.

— Ernannt: Der stellvertr. Estländische Gouvernements-Medicinalinspector, Collegien-Rath Dr. Milowsorow — zum ausseretatmässigen älteren Medicinalbeamten beim Medicinal-Departement.

— Verstorben: 1) Der ältere Arzt des 8. westsibirischen Linienbataillons, Collegien-Rath Dr. Hugo Blumenthal, im 40. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1875—82 studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde im Jahre 1884 war B. anfangs Assistent an der psychiatrischen und chirurgischen Klinik zu Dorpat, dann jüngerer Arzt am Militärhospital in Wilna und zuletzt Arzt des obengenannten Linienbataillons. 2) Am 9.

Juni der Dankowsche Landschaftsarzt (Gouv. Rjasan) Michael Gromow im 40. Lebensjahre am Flecktyphus. 3—5) Die in der Reserve des Militär-Medicinalressorts stehenden Aerzte J. W. Leporski im Gebiet der Donischen Kosaken, Alexinski und Shirmunski.

— Der bekannte Gynäkologe, Geh. Obermedicinalrath Prof. Dr. Gustav Veit in Bonn tritt mit dem nächsten Semester in den Ruhestand. An seiner Stelle ist Prof. Dr. Heinrich Fritsch von der Universität Breslau zum Director der Bonner geburtshülflichen Klinik ernannt worden.

— In Strassburg ist der Privatdocent Dr. Bayer zum ausserordentlichen Professor für Gynäkologie ernannt worden.

— An der Berliner Universität haben sich neuerdings zwei Assistenten Prof. v. Bergmanns, Dr. Dietrich Nasse und Dr. Kurt Schimmelbusch, welche bereits durch ihre wissenschaftlichen Arbeiten vortheilhaft bekannt sind, als Privatdocenten in der medicinischen Facultät habilitirt.

— Der XI. internationale medicinische Congress wird entgegen den falschen Gerüchten über eine geplante Verschiebung des Congresses — zweifellos am 24. September n. St. unter dem Vorsitz des ehemaligen Ministers Prof. Dr. Bacelli in Rom eröffnet werden. Die Congresstheilnehmer und auch ihre Damen werden eine erhebliche Fahrpreisermässigung auf den italienischen Eisenbahn- und Dampferlinien geniessen. An den italienischen Grenzstationen erhalten die Congresstheilnehmer sowie deren sie begleitenden erwachsenen Angehörigen gegen Vorzeigung einer Reiselegitimationskarte Tour- und Retourbillets nach Rom mit 50 pCt. Ermässigung, ferner Rundreisebillets mit 20 pCt. Ermässigung; diese Vergünstigungen sind vom 1. September bis 31. October n. St. in Kraft. Die Reiselegitimationskarten werden im August zur Ausgabe gelangen und von ausführlichen Instructionen begleitet sein bezüglich der Fahrpläne, Billetpreise und Rundreisetouren mit Preisermässigung. In Deutschland, Oesterreich und Schweiz findet keine Ermässigung der Fahrpreise ausser der gewöhnlichen Ermässigung bei Retour- und Rundreisebillets statt. Die Congresstheilnehmer sind zu freiem Eintritt in die römische Kunstgallerie, wie zu den Ausgrabungen von Pompeji berechtigt. Zur Erlangung der Mitgliedskarten genügt die Einsendung einer Visitenkarte, begleitet von der Einschreibegebühr per Postanweisung (25 Francs für Herren und 10 Francs für Damen) an den Schatzmeister, Prof. Pagliani, Ministerium des Innern in Rom.

— Die neue städtische Irrencolonie auf der früheren Nowosnamenschen Datsche der Familie Mjatlew (17 Werst von St. Petersburg an der Peterhofer Chausse belegen) ist jetzt so weit fertig gestellt, dass die Aufnahme von Geisteskranken hat beginnen können. Am 24. Juni wurde bereits eine Anzahl Geisteskranker aus der hiesigen Irrenanstalt Nikolai Tschudotworez dorthin übergeführt. Nächstens wird eine Partie Kranker aus der Irrenanstalt St. Panteleimon folgen. Die officielle Eröffnung des Nowosnamenschen psychiatrischen Sanatoriums wird erst im September stattfinden. Zum Oberarzt derselben ist von der städtischen Hospital-Commission der Arzt an der Irrenanstalt «Alle Leidtragenden» Dr. S. A. Bjeljakow gewählt worden, welcher seinen neuen Posten bereits angetreten hat.

— Bei der Verwaltung des heil. Synods sind an Spenden zum Besten der Leprösen im Jakutengebiet 16,615 Rbl. 25 Kop. eingelaufen; dazu kommen noch die von dem Londoner Comité zur Unterstützung der Leprösen, welches von Miss Marsden in's Leben gerufen wurde, gesammelten und hier eingesandten 13,176 R. 46 K. Die Gesammtsumme aller bis jetzt für diesen Zweck beim heil. Synod eingegangenen Spenden beträgt 30,495 Rbl. 49 Kop.

— Prof. Dr. Robert Koch hat vor Kurzem im Hörsaale des Instituts für Infectionskrankheiten in Berlin einen Vortrag über die Anschauungen, die gegenwärtig über Wesen, Uebertragungsweise und Verhütung der Cholera herrschen, vor einer grösseren Zahl von Mitgliedern des preussischen Abgeordnetenhauses gehalten.

— Die Zahl der Personen, welche in den Vereinigten Staaten von Nordamerika die medicinische Praxis ausüben, beträgt nach den neuesten Ermittelungen über 105,000.

— In der amerikanischen Zeitschrift «Bulletin of Pharmacie» ist vor Kurzem eine ausführliche Biographie (nebst Portrait) des verstorbenen Pharmakologen Prof. W. O. Podwyssozki (früher in Dorpat) aus der Feder des Prof. Kobert in Jurjew (Dorpat) erschienen.

— Bei der chirurgischen Klinik der Universität Jurjew (Dorpat) wird der Posten eines dritten ausseretatmässigen Assistenten creirt. Derselbe wird ausser freiem Quartier in der Klinik 300 Rbl. jährlich aus den Specialmitteln der Universität erhalten.

— Das Capital der Kasse der Hauptverwaltung der russischen Gesellschaft des «Rothen Kreuzes» betrug am 1. Juli d. J. 3,406,947 Rbl. 30 Kop. darunter das Reservecapital für Bedürfnisse in Kriegszeiten 964,386 R. 64 K. und das Unterstützungscapital für verwundete und verstümmelte Militärs im Betrage von 126,923 Rbl. 77 Kop.

— Bei dem Saratowschen Gerichtshof gelangte am 8. Juni der Process gegen die Anstifter der vorigjährigen Cholera-unruhen in der Stadt Chwalynsk, während welcher bekanntlich der Arzt Moltschanow erschlagen und die Wohnungen des Stadthauptes und der städtischen Sanitätscuratoren demolirt wurden, zur Verhandlung. Das Gericht verurtheilte 7 Bürger der Stadt, welche der Aufhetzung der Einwohner angeklagt waren, und zwar drei zu 10-jähriger Zwangsarbeit, zwei zu 6-jähriger Zwangsarbeit und zwei zur Gefängnisshaft auf ein Jahr.

— Die Apotheker von Antwerpen sind zusammengetreten, um sich dahin zu einigen, dass die Apotheken jeden Sonntag von 2 Uhr Nachmittags ab geschlossen werden. Nur eine Apotheke auf je vier bleibt geöffnet und wird jedesmal der Polizei und dem Publicum als solche bezeichnet. Auch in Paris haben sich die Apotheker einzelner Stadttheile geeinigt, ihre Apotheken fortan um 9 Uhr statt um 11 Uhr Abends zu schliessen. (Pharm. Ztg. — Pharm. Ztg. f. Russl.).

— Wie Dr. Billings auf Grund statistischer Forschung festgestellt hat, nimmt die Procentzahl der Geburten in den Vereinigten Staaten Nordamerikas mit jedem Jahre ab. Im Jahre 1880 betrug diese Zahl 36 pro mille der Bevölkerung, im Jahre 1890 dagegen nur 31 pro mille. Diese Abnahme der Geburten erstreckt sich sowohl auf die weisse, wie auf die farbige Bevölkerung der Vereinigten Staaten.

— Die belgische Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie hat einen internationalen Concurs zur Beantwortung der folgenden Frage ausgeschrieben: «Welchen Einfluss übt die Menstruation auf den Organismus aus?» Die in französischer Sprache geschriebenen Arbeiten sind bis zum 1. September 1894 an den Generalsecretär Dr. Jacobs (Brüssel) einzusenden. (Allg. med. C.-Ztg.)

— Mit dem Herbst d. J. erscheint im Verlage von S. Karger in Berlin eine neue «Zeitschrift für Hautkrankheiten» herausgegeben von Dr. Oscar Lassar in Berlin. — Die Zeitschrift soll in der Hauptsache Originalaufsätze — mit Abbildungen — bringen, doch sollen auch Referate, sowie Recensionen Aufnahme finden; — Bezüglich der Mitarbeiterschaft wende man sich an den Herrn Herausgeber, bezüglich des Abonnements an die Verlagsbuchhandlung.

— Die Hundswuth ist neuerdings auf der Insel Madeira und in den Azoren, wo sie bisher unbekannt war, aufgetreten. Sie soll durch die Hunde eines Engländers, der dort eintraf, eingeschleppt worden sein. 9 Menschen sind bereits ein Opfer der Wuthkrankheit dort geworden. (A. m. C.-Ztg.)

— Die Cholera herrscht in Russland nach dem neuesten Bulletin, welches die vom 26. Juni bis 2. Juli beim Medicinaldepartement eingelaufenen Nachrichten enthält gegenwärtig in 10 Gouvernements. An der Spitze in Bezug auf die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle an der Cholera steht nach wie vor Podolien, wo vom 13.—20. Juni 309 Erkrankungen und 90 Todesfälle vorgekommen sind. Die zweite Stelle nimmt die Stadt Orel mit 63 Erkr. und 25 Todesf. in der Zeit vom 20.—26. Juni ein. Es folgen dann, wie wir schon in der vorigen Nr. nach Privatnachrichten berichtet haben, die Stadt Moskau mit 32 Erkr. und 11 Todesf. (v. 18—28 Juni), das Gouvernement Orel mit 30 Erkr. und 16 Todesf., Bessarabien mit 26 Erkr. und 8 Todesf., das Gouv. Saratow mit 17 Erkr. und 4 Todesf., das Gouv. Wjatka mit 12 Erkr. und 3 Todesf. — In den Gouvernements Tula, Moskau, Chersson, Tobolsk und Kursk sind nur vereinzelte Erkrankungen (2—5) und Todesfälle (1—2) vorgekommen.

In der Stadt Moskau betrug am 4. Juli, wie wir den dortigen Blättern entnehmen, der Bestand der Cholerakranken 51 Personen. Vom 4. auf den 5. Juli kamen 12 Kranke dazu, genasen 5, starb keiner; es verblieben somit 58 Cholerakranke in Behandlung.

In dem officiellen Bulletin werden ausserdem vereinzelte choleraverdächtige Fälle aus den Gouvernements Samara (2), Pensa, Twer, Tschernigow, Baku und Stawropol gemeldet.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 27. Juni d. J. 5832 (169 weniger als in der Vorw.), darunter 198 Typhus — (20 mehr), 523 Syphilis — (10 mehr), 52 Scharlach — (3 weniger), 6 Diphtherie — (= der Vorw.), 28 Masern — (5 mehr) und 24 Pockenkranke (6 weniger als in der Vorwoche).

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 4. Juli d. J. 5702 (130 weniger als in der Vorwoche), darunter 214 Typhus — (16 mehr), 507 Syphilis — (16 weniger) 46 Scharlach — (6 weniger), 5 Diphtherie — (1 weniger), 22 Masern — (6 weniger) und 22 Pockenkranke (2 weniger als in der Vorwoche).

Vacanz.

In der Stadt Balaklawa (Gouv. Taurien) ist der Posten des Stadt- und Sanitätsarztes zu besetzen. Gehalt 900 R. jährl. Wegen der näheren Bedingungen hat man sich an die «Балаклавская Городская Управа» zu wenden.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 20. bis 26. Juni 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
295	221	516	144	62	68	9	2	15	41	47	36	35	29	20	5	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 7, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 5, Scharlach 5, Diphtherie 3, Croup 1, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 20, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 57, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 44, Marasmus senilis 19, Krankheiten des Verdauungscanals 124, Todtgeborene 29.

Für die Woche vom 27. Juni bis 3. Juli 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr	Unbekannt.
317	246	563	164	60	72	5	11	15	55	47	41	40	21	25	4	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 4, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 8, Scharlach 9, Diphtherie 1, Croup 2, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 6, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 89, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 37, Marasmus senilis 30 Krankheiten des Verdauungscanals 135, Todtgeborene 37.

Saxlehner's Bitterwasser Hunyadi Janos. Nach Gutachten ärztlicher Autoritäten zeichnet sich dieses natürliche Purgativ durch folgende Vorzüge aus: Prompte und sichere Wirkung; milder Geschmack; geringe Dosis; auch bei längerem Gebrauche keine Verdauungsstörungen. Indication: Habituelle Stuhlverstopfung; Leberleiden; Gelbsucht etc. Neuerdings auch in der zahnärztlichen Praxis mit Erfolg angewendet.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Fr. **Amalie Schulze**, Офицерская 55/17, кв. 93.

Marie Mohl, В. О. 1. л. д. 44, кв. 3.

Дозв. ценз. Спб. 9 Іюля. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 29 St. Petersburg, 17. (29.) Juli **1893**

Ueber Schutzpockenlymphe.

(Vortrag gehalten in der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga am 24. März 1893.)

Von

Dr. Grüning,

Riga.

Bei den Erkrankungen mannigfacher Art, welche in unmittelbarem Anschluss an die Schutzpockenimpfung und durch letztere bedingt, zur Beobachtung gelangen, dürfte die Frage nach der Beschaffenheit und Gewinnung eines tadellosen Impfstoffes wohl ein grösseres Interesse beanspruchen, als derselben im Allgemeinen entgegengebracht wird. Denn die Vaccination soll den Schutz gegen eine verheerende Krankheit gewähren, ohne dass der Geimpfte dabei Gefahr läuft diesen Schutz durch Acquisition einer neuen Krankheit zu erkaufen. In wie weit die bei uns gebräuchlichen Impfstoffe diese letztere Forderung zu erfüllen vermögen, mag im Folgenden einer kurzen Erörterung unterzogen werden.

Die natürlichste Art die Vaccination beim Menschen vorzunehmen, wäre jedenfalls die mittelst originärer Kuhpockenlymphe, d. h. solcher Lymphe, welche den spontan an Kühen entstandenen Pocken entnommen wurde und mit welcher man zuerst die Erfahrung von der Schutzkraft, welche die Vaccination gegen die Ansteckung mit Variola gewährt, gemacht hatte. Das im Ganzen nicht häufige Vorkommen von Pocken an Kühen, der Umstand ferner, dass nur die zwischen dem 3. und 6. Tage ihrer Entwickelung aus den Pusteln entnommene Lymphe mit Erfolg auf den Menschen übertragen werden kann, sowie endlich die grossen Schwierigkeiten, welche sich der Abnahme der Lymphe von Kühen entgegenstellen, haben diese Methode, welche als die animale Vaccination κατ' ἐξοχήν bezeichnet werden kann, keine weite Verbreitung finden lassen.

Zudem machte man die Erfahrung, dass sich Lymphe, welche den an Menschen erzeugten Schutzpocken entnommen wurde, eine erfolgreiche Uebertragung auf andere Menschen vornehmen liess und da diese Pusteln anfänglich keinen Unterschied von den durch Impfung mit echter Kuhpockenlymphe erzeugten wahrnehmen liessen, so fand die Impfung mit humanisirter Lymphe immer weitere Verbreitung und die animale Vaccination gerieth mehr und mehr in Vergessenheit. Allmählich jedoch stellte es sich heraus, dass die so von Generation zu Generation fortgepflanzten Schutzpocken nicht mehr dasselbe Aussehen boten wie anfangs. Einzelne Impfstellen gingen garnicht auf, andere zeigten blasse, verkümmerte Pusteln, welche in Folge von Mangel an flüssigem Inhalt bald abtrockneten, kurz, sie boten das Bild von Schutzpocken, wie man sie bei Revaccinirten entstehen sieht.

Ausserdem musste durch das häufige Auftreten echter Blattern an Vaccinirten die Ueberzeugung von einer verminderten Schutzkraft der Lymphe immer mehr Raum gewinnen und es ist daher erklärlich, dass man der drohenden Gefahr einer Degeneration der Lymphe dadurch zu begegnen hoffte, dass man dieselbe durch Uebertragung auf ihre ursprüngliche Quelle, die Kuh, wieder zu regeneriren versuchte.

Das Resultat dieser Versuche war ein vollkommen zufriedenstellendes und man konnte mit der auf diese Weise gewonnenen Lymphe durch Uebertragung auf den Menschen wiederum die schönsten Schutzpocken erzielen. Dieses Verfahren der Ueberimpfung humanisirter Lymphe auf die Kuh, wird als Retrovaccination und die so gewonnene Lymphe als Retrovaccine bezeichnet. Die Retrovaccine ist also humanisirte Lymphe, welche durch Ueberimpfung auf die Kuh durch den Körper derselben modificirt und regenerirt worden ist. Erwähnt seien noch die Versuche der Ueberimpfung echter Menschenblattern auf Kühe, Variolation oder Inoculation der Kühe, welche in dem Glauben vorgenommen wurden, dass die Kuhpocken ihren Ursprung von den Menschenpocken hernehmen. Die meisten dieser Versuche schlugen fehl, in einigen Fällen gelang die Inoculation und aus den an den inoculirten Thieren entstandenen Pusteln wurde mit Erfolg auf Menschen weitergeimpft. Bei den meisten Geimpften blie-

ben die Reactionserscheinungen allerdings nur locale und auf die Impfstellen beschränkt, was übrigens nicht so wunderbar erscheint, da ja auch vor Jenner's Entdeckung die Impfversuche mit echtem Variolenstoff nicht immer von allgemeiner Variola gefolgt waren. Bei vielen mit Stoff aus den Pusteln inoculirter Kühe Geimpften trat jedoch generalisirte Variola auf, ein Beweis, dass die Menschen nicht vaccinirt, sondern variolirt worden waren und dass sich Variola nicht in Vaccine umwandeln lässt.

Was nun die bei uns gebräuchliche Lymphe anlangt, so besteht dieselbe zum weitaus grössten Theil aus humanisirter Lymphe und Retrovaccine, letztere auch schlechtweg Kuh- oder Kälberlymphe genannt, ohne dass dabei auf den sehr wichtigen Umstand Rücksicht genommen wird, ob das Thier mit humanisirter oder animaler Lymphe geimpft sei, ob wir es in der «Kälberlymphe» also mit Retrovaccine oder reiner animaler Lymphe zu thun haben.

Auf dem Lande, wo die Impfung nicht immer in den Händen der Aerzte liegt, sondern noch vielfach von Feldschern, Hebammen etc. ausgeübt wird, wird die humanisirte Lymphe noch sehr viel gebraucht, sei es, dass die Impfung von Arm zu Arm stattfindet, oder die nach Eröffnung der Pustel hervorquellende Lymphe in feine Haarröhrchen gefüllt und für den etwa eintretenden Bedarfsfall aufbewahrt wird. Nachdem das Vorhandensein der vaccinalen Syphilis unzweifelhaft festgestellt worden ist, dürfte auch über den Werth der humanisirten Lymphe das Urtheil gesprochen worden sein. Was ferner die Annahme betrifft, dass durch die nach vorsichtiger Eröffnung der Schutzpocke ausströmende Lymphe, wenn sie nur frei von jeder Blutbeimengung erscheint, eine Uebertragung von Lues nicht stattfinden kann, so ist es nicht recht erklärlich, dass, wenn nur das Blut der Träger des Ansteckungsstoffes ist, nicht auch der aus den Elementen desselben hervorgegangene flüssige Inhalt der Schutzblatter das syphilitische Virus zu übertragen im Stande ist. Dann wäre ja auch die vorsichtige Auswahl der Abimpflinge nicht nöthig und könnte man ohne Weiteres von jedem Kinde, wenn es nur gut entwickelte Schutzpocken aufweist, die Abimpfung vornehmen. Ich glaube aber kaum, dass Jemand mit der von einem syphilitischen Kinde stammenden Lymphe ein gesundes Kind impfen wird, auch wenn dieselbe ohne Beimischung von Blut erscheint. Zudem enthält die Lymphe, auch wenn sie sich bei makroskopischer Betrachtung als vollkommen blutfrei darstellt, unter dem Mikroskop gesehn noch Blutkörperchen in grosser Anzahl. Einen absoluten Schutz vor Uebertragung der Lues bietet auch die Forderung nicht, nur von solchen Kindern abzuimpfen, welche bereits den 5. Lebensmonat erreicht haben, da die Syphilis hereditaria erfahrungsgemäss im 2. und 3. Monat am häufigsten zu Tage trete. Es gehören die Fälle, wo die Symptome erst in späteren Monaten zum Ausbruch kommen nicht zur grossen Seltenheit. Ist schliesslich die Abnahme der Lymphe aus den Schutzpocken dem Kinde vollständig gleichgültig? Von verschiedenen Seiten ist zur Zeit von Pockenepidemien die Beobachtung gemacht worden, dass Diejenigen die schwersten Formen der Erkrankung zeigten, welche die geringste Anzahl Impfnarben aufwiesen oder bei denen diese Kennzeichen der stattgehabten Vaccination fast vollständig geschwunden waren. Es ist wahrscheinlich, dass die Schutzdauer abhängig ist von der Anzahl und Beschaffenheit der an den Impfstellen erzeugten Schutzpocken, sowie von der Resorption der in denselben vorhandenen Lymphe. Wäre mit dem Einimpfen der geringen Quantität Lymphe und mit dem Erscheinen der Pusteln an der Impfstelle auch schon der Schutz gegen Variola gegeben, so stände dieser Annahme doch die Thatsache entgegen, dass man zur Zeit von Pockenepidemien ziemlich häufig bei ein und demselben Individuum generalisirte Variola und schön entwickelte Schutzpocken beisammen sieht. Man nimmt an, dass erst am 12. Tage nach der Impfung der Schutz gegen die Blatternerkrankung eintritt, wenn aber am 7. und 8. Tage dem Kinde die Lymphe gänzlich oder zum grössten Theil wieder entzogen wird, so wird der Schutz der Vaccination wahrscheinlich nur ein geringer und nicht von langer Dauer sein. Da nun, wie wir gesehen haben, die humanisirte Lymphe durchaus keinen tadellosen Impfstoff darstellt und von einer Impfung des Menschen mit derselben entschieden Abstand genommen werden muss, darf dieselbe dann ohne Weiteres zur Impfung der Thiere benutzt werden und ist die von letzteren gewonnene Lymphe, also die Retrovaccine nicht mehr im Stande bei der Weiterimpfung Krankheiten zu übertragen? Impft man ein Kalb mit dem Inhalt der Pusteln, welcher echten Menschenblattern entnommen wurde, so entstehen bei dem Thier, wenn die Impfung haftet, kleine, bald abtrocknende Pusteln, welche den Variolenstoff noch ziemlich unverändert enthalten und auf den Menschen zurückgeimpft, wie schon vorhin angedeutet, in vielen Fällen wiederum Variola erzeugen. Ja, selbst von der 4. Generation, nachdem also die Lymphe noch durch weitere drei Kälber gegangen war, konnte bei der Rückimpfung variolöser Ausschlag beobachtet werden.

Wenn nun freilich Syphilis und Tuberculose durch cutane Impfung nicht auf das Kalb übertragen werden kann, so ist damit doch immer noch nicht bewiesen, dass die von der ersten Generation stammende Retrovaccine diese Krankheitsstoffe nicht in sich birgt. Vor einigen Jahren erkrankten in Elberfeld und Umgegend viele hundert Kinder an einem von den Impfstellen ausgehenden bläschenartigen Ausschlag, ähnlich dem, wie er 1885 in Wittaw auf Rügen beobachtet wurde. In letzterem Falle handelte es sich um Impetigo contagiosa und waren die Kinder mit humanisirter Lymphe geimpft worden.

In Elberfeld stammte die Lymphe aus dem Institut eines dortigen Arztes, welcher sich zur Impfung der Kälber humanisirter Lymphe bediente. Der Ausschlag an den geimpften Kindern in Elberfeld wurde als Herpes tonsurans diagnosticirt und da kurz zuvor eine kleine Endemie dieser Krankheit am Orte geherrscht hatte, so ist es im höchsten Grade wahrscheinlich, dass die zum Impfen der Kälber verwandte Lymphe die Pilzkeime des Herpes tonsurans enthielt und durch Weiterimpfung der Retrovaccine die Krankheitssaat nach allen Richtungen ausgestreut wurde.

Ferner erkrankten im Jahre 1885 in Cleve und 18 anderen Ortschaften des Niederrheins über 600 Kinder im unmittelbaren Anschluss an die Impfung an verschiedenen Hautaffectionen wie Herpes, Impetigo und Pemphigus. Die Erkrankungen beschränkten sich nicht allein auf die Impflinge, sondern gingen von diesen auch auf die Angehörigen über und verbreiteten sich als Epidemie noch auf viele andere Ortschaften. Die Lymphe, mit welcher die Kinder geimpft worden waren, war Retrovaccine und von einem Apotheker in Hamburg bezogen worden. Diese angeführten Beobachtungen beweisen zur Genüge, dass der aus erster Generation stammenden Retrovaccine das Prädikat einer tadellosen Lymphe nicht zuertheilt werden kann.

Anders stände die Sache freilich bei der Retrovaccine aus der 4. oder 5. Generation, wo die humanisirte Lymphe also durch ebensoviele Kälber gegangen wäre, bevor sie zur Rückimpfung auf den Menschen benutzt wurde und somit kommen wir nunmehr zur Besprechung der animalen Lymphe.

Unter animaler Lymphe sollte man nur solche verstanden wissen, welche nicht allein von einem Impfthier entnommen wurde, sondern, wo auch das Thier selbst ausschliesslich mit animaler Lymphe geimpft wurde. Was

zunächst die Thiere anlangt von denen die Lymphe gewonnen wird, so können dazu Kälber beiderlei Geschlechts, ausgewachsene Kühe oder Bollen verwandt werden. Augenblicklich werden in fast allen Instituten wohl nur Kälber benutzt, da sie nicht so kostspielig und leichter zu haben sind; ich selbst gebrauche in meinem im vorigen Jahr errichteten Institut ausschliesslich weibliche Kälber zur Impfung, weil bei diesen Thieren eine Verunreinigung der geimpften Bauchfläche durch den Urin leichter vermieden wird. Jedes Kalb befindet sich in einem mit einer Thür versehenen oben offenen, ungefähr zwei Meter langen und einen Meter breiten Kasten, dessen Wände mit Blech ausgeschlagen sind, der Boden ist cementirt und etwas geneigt, damit die Excremente besser abfliessen können, welche sich in einem am unteren Ende befindlichen Zinkkasten ansammeln. Auf diese Weise kann die Streu stets trocken erhalten werden und eine gründliche Reinigung des Behälters nach Entfernung des Thieres mit Leichtigkeit ausgeführt werden.

Peinliche Sauberkeit in der Pflege und Wartung der Thiere, sowie ein heller, gut gelüfteter Raum, der ihnen zum Aufenthaltsort dienen muss und dessen Temperatur auf 14—15° R. erhalten wird, sind überhaupt eine unerlässliche Forderung für ein gutes Wachsthum der Pocken an den Thieren. Die geeignetste Stelle zum Anlegen der Pocken ist die Gegend zwischen Euter und Nabel, welche vorher sorgfältig rasirt wird, bei männlichen Thieren vorzugsweise das Scrotum. Die Impfung geschieht entweder in der Weise, dass die Haut in der Ausdehnung einiger Quadratcentimeter mit der in die Lymphe getauchten scharfen Lancette scarificirt und dann noch nachträglich mit einem Spatel energisch eingerieben wird; darauf fährt man in derselben Weise mit der Impfung fort bis die Fläche die Grösse einer Hand erreicht hat. Diese Methode wird als Flächenimpfung bezeichnet, während bei der zweiten Art dem Kalbe je nach seiner Grösse 40—60 isolirt stehende Pocken angelegt werden, die ungefähr zwei Centimeter von einander entfernt sind. Ich gebe der zweiten Methode, obwohl die Ausbeute von Lymphe bei derselben eine geringere ist, den Vorzug, denn da nicht alle Impfstellen sich gleich gut entwickeln, gestattet sie eine bessere Auswahl der zur Abnahme geeigneten Pocken, während bei der Flächenimpfung auch die minder gut entwickelten Stellen mitabgenommen werden müssen, was die Wirksamkeit der Lymphe beeinträchtigt. Auch ist die Flächenimpfung für das Kalb viel schmerzhafter und hinterlässt eine grosse Wundfläche.

Die Abnahme der Lymphe erfolgt zwischen dem 4. und 6. Tage, indem die Pocke mit einer Klemmpincette gefasst und comprimirt wird; die in kleinen feinen Tröpfchen hervortretende Lymphe wird dann durch Ueberstreichen mit dem scharfen Löffel oder einer Lancette aufgefangen und in ein Uhrschälchen gebracht. Wie ich schon vorhin bemerkte, vermag die Retrovaccine nicht allen Ansprüchen zu genügen, welche man an einen tadellosen Impfstoff stellen darf und muss. Wie kommt es nun, dass dieselbe dennoch so vielfach in Gebrauch ist? Der Grund liegt darin, dass die grosse Mehrzahl der Impfinstitute nicht im Stande ist, die Lymphe von Kalb zu Kalb fortzupflanzen, sondern immer wieder Kinderlympfe zum Impfen des Kalbes zu Hülfe nehmen muss. Man könnte nun daraus den Schluss ziehen, es wäre die Kinderlymphe überhaupt geeigneter zum Impfen des Kalbes und erzeuge bei demselben schönere Pocken als die Animallymphe. Weder Ersteres noch Letzteres ist der Fall, sondern der Grund liegt in Folgendem: Es ist nämlich beim Kalbe eine verhältnissmässig viel grössere Immunität gegen das Virus der Kuhpocken vorhanden als bei Kindern, sei es, dass sich dieselbe in einer geringeren Disposition äussert oder das Thier sich vollständig refractär gegen die Impfung erweist. In letzterem Falle findet man am zweiten Tage nach der Impfung wohl schon kleine Vaccinepusteln, doch erscheinen dieselben rosenroth und sind am fünften Tage statt sich weiter zu entwickeln vollständig verschwunden.

Im ersten Falle, bei mangelhafter Disposition, gehen die Pocken ganz gut auf, doch ist am vierten oder fünften Tage, an welchem die Lymphe abgenommen werden soll, nur ein Theil derselben gut ausgebildet, die übrigen sind borkig, auch etwas kleiner und obwohl nach dem Anlegen von Klemmpincetten auch aus diesen etwas Lymphe zu Tage tritt, so kann man bei der Auswahl der zur Abnahme geeigneten Pocken doch sehr in Verlegenheit gerathen. Nimmt man nun die Lymphe von sämmtlichen, auch den weniger gut entwickelten Pocken ab, so erhält man bei der Uebertragung des gewonnenen Impfstoffes auf ein zweites Kalb schon schlechter entwickelte Pusteln als bei dem ersten Thier und wenn man mit dem gleichen Modus der Abnahme fortfährt, beim vierten oder fünften Kalb gewöhnlich einen vollkommenen Misserfolg. Nur nach jedesmaliger sorgfältiger Prüfung der abzunehmenden Vaccinepusteln und längerer Uebung wird man im Stande sein solchen Fatalitäten vorzubeugen. Mir ist in der ersten Zeit die Weiterimpfung von Kalb zu Kalb auch nicht immer gelungen, doch habe ich dann keine Kinderlymphe zu Hülfe genommen, sondern mich aus dem Auslande mit frischer Animallymphe versehn.

Nach Abnahme der Lymphe vom Kalbe, wird das Thier sofort geschlachtet und durch einen Veterinärarzt die Besichtigung sämmtlicher Organe vorgenommen; erst nachdem der Gesundheitszustand desselben festgestellt worden ist, darf die Lymphe zur Weiterimpfung auf Mensch oder Thier benutzt werden und es ist daher eine Uebertragung irgend welcher Krankheiten durch die animale Lymphe vollständig ausgeschlossen.

Nachdem die Impfärzte sich mit den Eigenthümlichkeiten der animalen Lymphe vertraut gemacht haben, stehen auch die Erfolge der Haftung in nichts mehr hinter denen mit humanisirter Lymphe zurück.

Pfeiffer sagt in seinem Werk «die Vaccination» gelegentlich der Besprechung der Impfung mit animaler Lymphe folgendes: «Heute besteht der Hauptübelstand bei der Verwendung des animalen Stoffes fast nur darin, dass von Seiten der Impfärzte der animale Stoff noch immer so behandelt wird, wie die Kinderlymphe. Es muss beim Gebrauch der animalen Lymphe die Verimpfung mit Stich ganz verlassen, es muss ferner die Kälberlymphe viel sorgfältiger verimpft und geradezu pedantisch eingerieben werden. Von diesen Gesichtspunkten aus sind auch die verschiedenen Erfolge, welche einzelne Impfärzte mit dem gleichen animalen Stoff erzielen, zu beurtheilen».

In meinem im April 1892 in Riga errichteten Institut für animale Vaccination wurden im Laufe eines Jahres 44 Kälber geimpft. Eins der Thiere war gegen die Impfung immun, von einem anderen konnte die Lymphe wegen Krankheit des Impfthieres nicht benutzt werden. Die übrigen 42 Kälber ergaben Lymphe für 52,325 Impfungen, im Durchschnitt c. 1245 Impfungen pro Kalb.

Referate.

M. Lurje: Ueber das Verhalten der Netzhautgefässe bei Sclerose der Hirnarterien und der übrigen Theile des Aortensystems. (J. D. Dorpat 1893. Mit einer Tafel).

Anatomische Untersuchungen über das Verhalten der Netzhautgefässe bei allgemeiner Arteriosclerose und insbesondere bei Sclerose der Gehirnarterien sind bisher nicht zahlreich. Verf. untersuchte darauf hin die Augen alter Individuen, welche an allgemeiner Arteriosclerose gelitten hatten und bei denen besonders die basalen Hirngefässe sich bei der Section makroskopisch als sclerosirt erwiesen. Das Material (30 Augen von 18 Individuen) entstammt dem hiesigen städtischen Obu-

chowhospital. Die Untersuchungen wurden unter Leitung des Dr. Westphalen im Laboratorium des hiesigen Deutschen Alexander-Männerhospitals begonnen und im patholog. Institut des Prof. Thoma in Dorpat abgeschlossen. Die Behandlung der Präparate war die gewöhnliche: Härtung in Müller'scher Flüssigkeit und in Alkohol, Einbettung in Celloidin. In 12 Fällen wurden ausser den Augengefässen auch noch Theile der Hirnarterien und anderer Körperarterien mikroskopisch untersucht. Die Bulbi, das Stück des Sehnerven vom Eintritt der Arteria centralis nervi optici bis zum Bulbus und die Arteria ophthalmica wurden in Stufenschnitte zerlegt. Die Art. ophthalm. wurde fast in allen Fällen verändert gefunden durch Auftreten einer Bindegewebsschicht in der Intima, zwischen Endothel und Elastica interna, doch entsprach die Affection in ihrer Intensität nicht immer derjenigen der Carotis interna und der Art. fossae Sylvii. Meist war der periphere Theil der Arterie stärker afficirt als der centrale, die Verzweigungen, besonders die Art. centr. nervi opt. und die Art. ciliares, mehr als der Hauptstamm. Ebenso nahm in der Centralarterie des Sehnerven die Bindegewebsschicht in der Intima gegen den Bulbus hin an Dicke zu. An den Netzhautgefässen fand sich im Wesentlichen folgendes: an den grösseren Arterien — faserige oder hyaline Verdickung der Intima, Atrophie oder hyaline Degeneration der Media, Verdickung und Verdichtung der Adventitia; an den kleineren — die Wandverdickung viel stärker ausgesprochen, die hyaline Umwandlung der Wand sehr häufig; an den Capillaren — schärfere Zeichnung oder hyaline Verdickung ihrer Wand; an den Venen nicht selten Verdickung und Verdichtung der Wandung. Nach ausführlicher Schilderung der anatomischen Befunde berührt Verf. weiter die Frage, wie die Sclerose der Netzhautgefässe sich ophthalmoskopisch zu erkennen giebt. Bisher wurden bei allgemeiner Arteriosklerose ophthalmoskopisch gesehen: Schlängelung der Gefässe (in früheren Stadien), Pulsationen, Verschmälerung der Blutsäule, weisse Randstreifen längs der Gefässe, Ungleichheiten des Kalibers (Raehlmann u. A.). Die mit dem Augenspiegel in späteren Stadien der Sclerose sichtbare Verengerung der Netzhautarterien steht in Einklang mit den Resultaten der anatomischen Untersuchung. Wünschenswerth wäre es, solche Augen, an denen der ophthalmoskopische Befund im Leben genau erhoben war, einer mikroskopischen Untersuchung zu unterwerfen, doch war Verf. durch äussere Umstände verhindert, eine solche combinirte ophthalmoskopische und anatomische Untersuchung auszuführen.

Blessig.

Dr. Heinrich Rosin: Eine empfindliche Probe für den Nachweis von Gallenfarbstoff im Harn. (Berl. Klin. W., 1893, Nr. 5).

R. macht auf das schon früher zum Nachweis von Gallenfarbstoff im Harn benutzte Jod aufmerksam und theilt eine von ihm ausgearbeitete und seit 3—4 Jahren praktisch angewandte Methode mit, durch die mit äusserster Empfindlichkeit und Schärfe auch noch sehr geringe Quantitäten von Gallenfarbstoff nachgewiesen werden können. Er benutzt dazu eine verdünnte 10 procentige alkoholische Lösung der officinellen Jodtinctur, etwa 2—3 ccm. dieser Flüssigkeit giesst er vorsichtig in das schräg gehaltene den zu untersuchenden Harn enthaltende Reagensglas, so dass die Jodtinctur dem Harn überschichtet wird. Sofort oder nach einer Minute tritt an der Grenzschicht zwischen Harn und Jodtinctur ein grasgrüner Ring auf, welcher sich längere Zeit, oft stundenlang hält. Wenn der Harn keinen Gallenfarbstoff enthält, so tritt an der Grenze nur eine einfache Entfärbung des gelben Harnfarbstoffes ein, so dass sich dort ein hellgelber oder fast farbloser Ring bildet.

H. Büttner.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

R. J. Petri: Der Cholerakurs im Kaiserlichen Gesundheitsamt. Vorträge und bakteriologisches Praktikum. Berlin, Richard Schoetz. 1893.

Zu einer Zeit, wo wir an die Möglichkeit eines Wiederaufwachens der vorjährigen Epidemie denken können, wird vorliegender Neuling auf dem Büchertisch gewiss nicht ermangeln die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Der Autor desselben, der mit den im Berliner Kaiserl. Gesundheitsamte stattfindenden Unterrichtskursen für Aerzte über die Cholera betraut gewesen war, welche vor wenigen Wochen ihren Abschluss nahmen, hat das Werk, das eine Reproduction dieser Kurse vorstellt herausgegeben, um den Inhalt des letzteren weiteren Kreisen zugänglich zu machen. Der erste bakteriologische Theil giebt die nöthigen Anweisungen für die bakteriologische Erkennung der Cholera, während sich in dem zweiten epidemiologischen Theile die besonderen im verflossenen Jahre gewonnenen Erfahrungen zusammengestellt finden. Auch Schutzmaassregeln für den Einzelnen, wie für die Gemeinwesen sind besprochen und ein Anhang enthält musterhafte Anweisungen. In der Darstellungsweise hat Verf. sich an die Vorlesungsform gehalten, so dass der Stoff des I. Theiles in 12 Arbeitstage im Laboratorium und der des II. Theiles in 8 grosse Vorlesungen zerfällt. Eine Disposition, die uns als sehr angenehm erscheint.

Wir entnehmen dem VI. Vortrage, pag. 161, folgendes: «Da im Beginn der Epidemie das für die Unterscheidung zwischen Cholera indica und Cholera nostras schlagendste Kriterium, die Anzahl der Todesfälle, noch fehlt, muss es als eine sehr werthvolle Bereicherung unseres Waffenschatzes gegen die Cholera angesehen werden, dass wir in der bakteriologischen Diagnose, sobald dieselbe positiv ausfällt, eine absolut sichere Handhabe zur Erkennung der Krankheit besitzen, etc. etc. Eine grosse Sicherheit für die Diagnose bietet selbstverständlich der pathologisch-anatomische Befund... Es unterliegt keinem Zweifel, dass Sie auch ohne das Ergebniss, z. B., des Plattenverfahrens abzuwarten, das Recht haben, auf Grund einer Section einen «ersten» Fall als Cholera asiatica zu bezeichnen. Diese Diagnose erleidet keinen Aufschub durch die Anfertigung einiger gefärbter Deckglaspräparate aus dem Darminhalt, eine Bestätigung, deren Beibringung sie ja niemals unterlassen werden».

In dem Werke hat übrigens Verf. vielfach selbstständig Stellung genommen zu mancherlei Fragen und es stellt in seiner Vollständigkeit und Wissenschaftlichkeit gewiss das bedeutendste vor, was wir eben in dieser Art besitzen. K.

L. Hirt: Lehrbuch der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie. Verlag v. F. Enke, 1893.

Von dem Verfasser der ausgezeichneten «Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten» liegt nunmehr ein ebenbürtiges Werk über die im Titel genannten Disciplinen vor. Aus dem physikalischen Theile ist die genaue Beschreibung aller in Betracht kommenden modernen Apparate hervorzuheben. Im Capitel «Elektrodiagnostik» sind entsprechend jedem Nervengebiete die Untersuchungsmethode und der normale Befund den pathologischen Befunden und ihrer Verwerthung vorausgeschickt, was das Verständniss der ganzen Materie ungemein erleichtert. Im Abschnitte über Elektrotherapie nimmt der Verfasser völlig den Standpunkt ein, das die Stromeswirkung in der Hauptsache der durch sie erzeugten Suggestion zuzuschreiben sei, das hindert ihn jedoch nicht, auf die Details der Technik des Elektrisirens einzugehen, weil grade in der Hand des geübten Arztes die verschiedenen Methoden vermöge der Suggestion ein mächtiges Heilmittel darbieten. Eigene Erfahrungen und Beobachtungen bereichern diesen Theil des Buches in vorzüglicher Weise. Wer sich über die thatsächlichen Leistungen und Erfolge der elektrischen Behandlung ein Urtheil bilden will, findet dazu in diesem nüchtern und objectiv geschriebenen Buche sicher den besten Wegweiser. Die Ausstattung, besonders die vielen Abbildungen anlangend, ist eine vortreffliche.

Michelson.

Jos. Halbeis: Die adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes (Hyperplasie der Tonsilla pharyngea) bei Kindern und Erwachsenen und ihre Behandlung. München und Leipzig. Verlag von J. F. Lehmann.

In klarer, knapper Form wird zuerst das makro- und mikroskopische anatomische Bild entworfen, dem sich eine recht eingehende Erörterung über Aetiologie und Verbreitung der Krankheit anschliesst. Weiter folgt das klinische Bild, die Analyse der langen Symptomenreihe, dann die Diagnose und Prognose und zum Schluss ein ausführlicheres Capitel über die Therapie dieser Erkrankung.

Eine äusserst gelungene Darstellung dieser für die Praxis so wichtigen Frage; keine compendienhafte Aneinanderreihung und einfache systematische Registrirung von Facten, sondern die Arbeit eines praktisch erfahrenen Arztes, der seine Erfahrungen und Ansichten in schlichte Krankengeschichten und Anmerkungen einflicht. Dadurch wird das Büchlein zu einer anregenden Lectüre und kann Jedem, der sich über diese Frage orientiren will, bestens empfohlen werden.

Druck und Ausstattung gut. Neumann.

R. Lewandowski: Das elektrische Licht in der Heilkunde. Mit 307 Illustrationen. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg. 1892.

Der Zweck der Arbeit ist, dem Leser eine möglichst gründliche Behandlung der Hilfsmittel und Methoden der Anwendung des elektrischen Lichts in der Heilkunde vorzuführen, dann eine historische Uebersicht der allmäligen Entwickelung dieser Hilfsmittel und Methoden bis zu ihrer heutigen Vervollkommnung zu geben, sowie endlich deren Dignität, wie auch die mit denselben erzielten praktischen Erfolge, in Wort und Bild zu beleuchten.

Den ersten Theil seiner Aufgabe löst Verf. in der ersten Hälfte seines Werks, die 150 Seiten stark ist. Darin wird das ganze Instrumentarium, chronologisch und in seiner allmäligen Entwickelung, in Wort und Bild erläutert. Es werden dabei nur eigenthümlicher Weise die Accumulatoren äusserst stiefmütterlich behandelt, die jetzt schon eine so wichtige Rolle als Lichtquelle spielen. In dem 2. Theile, der ungefähr gleich stark, wie der erste ist, finden wir die Verwerthung der Instrumente, die Untersuchungstechnik und deren Resultate. Wir finden besprochen und reichlich durch Bilder illustrirt die einfache Beleuchtung, die Endoskopie und die Diaphanoskopie soweit deren Anwendung bis jetzt ermöglicht ist. In den Fällen, wo Verf. die eigene Erfahrung fehlt, hat er von Fachmännern (v. Rauch, Beregszaszy, Roth, Finger, Oberländer, v. Antal) Originalbeiträge schreiben lassen, um so ein vollständiges Bild über den heutigen Stand der praktischen Verwerthung des elektrischen Lichts in der Heilkunde dem Leser vorführen zu können.

Diese Aufgabe ist Verf. vortrefflich gelungen. Die im Text überreich vorhandenen vortrefflichen Bilder erläutern denselben ausgezeichnet. Am Schlusse des Buches ist ein Literaturindex beigefügt.

Druck und Ausstattung sind ausgezeichnet.

Neumann.

E. Zuckerkandl: Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge. II. Band. Mit 24 lithographirten Tafeln. Wien und Leipzig. Wilhelm Braumüller. 1892.

Darunter ist kein systematisches Lehrbuch zu verstehen. Verf. hat sein reiches Beobachtungsmaterial in einzelnen abgeschlossenen Capiteln niedergelegt und zwar so aneinander gereiht, dass das Folgende sich aus dem Vorhergehenden ergänzen lässt. Der theoretischen Auseinandersetzung folgt immer eine reiche Casuistik als Beleg und weiter ein Resumé. Am Schlusse des Werks und dessen Hälfte betragend, finden sich die erläuternden, wunderhübschen, klaren 150 Abbildungen auf 23 Tafeln.

Wie reich das Beobachtungsmaterial und wie die Anordnung desselben getroffen ist, lässt sich aus dem beifolgenden Inhaltsverzeichnisse leicht erkennen. Wir finden der Reihenfolge nach die Capitel über Anatomie der Nasenscheidewand. Brüche derselben, Aetiologie der Septumdeviation, Rhinitis, habituelles Nasenbluten, das runde Geschwür der Nasenscheidewand, die entzündlichen Processe der Kieferhöhlenschleimhaut, Nasenpolypen, Muskelatrophie, Synechien, Syphilis, Tuberkulose, Rhinolithen, Osteoporosa der Muscheln und des Septum, in die Nasenhöhle hineingewachsene Zähne und Zahngeschwülste, Zahncysten, Empyem, Hydrops der Highmorshöhle, Polypen derselben, Empyem des Siebbeinlabyrinths u. s. w.

Die Besprechung der Details gehört nicht in unsere Wochenschrift. Wir finden hier eine Fortsetzung und Ergänzung des I. Bandes, der vor 10 Jahren ungefähr erschienen ist, Correcturen von Ansichten, die damals ausgesprochen, nun auch wohl fallen gelassen worden sind, Wiederholungen, resp. Neuprüfungen einzelner Fragen, die jetzt an der Tagesordnung.

Das Buch ist zweien Anforderungen gerecht geworden. Es ist eine reiche Fundgrube und enthält Vergleichsmaterial für den Specialforscher, ist auch ein Berather für den praktischen Arzt, der sich über einschlägige Fragen orientiren will.

Druck und Ausstattung, besonders die Zeichnungen, sind vorzüglich. Neumann.

K. Brückner: Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Für Studirende und Aerzte. Mit 136 Holzschnitten nach Originalzeichnungen des Verfassers. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke. 1892.

Trotz der nicht kleinen Anzahl otiatrischer Lehrbücher hat Verf. es unternommen ein neues zu schreiben, indem er davon ausging, in erster Linie seinen Schülern ein Buch in die Hand zu geben, in dem der Lehrstoff in der Weise verarbeitet sei, welche ihm als die zweckmässigste erscheint und wie er ihn vorträgt, und weiterhin um dem Bedürfnisse der praktischen Aerzte gerecht zu werden.

Rf. hat das Buch mit Interesse, und je weiter er las, mit um so grösserem, gelesen und muss gestehen, dass es dem Verf. wirklich gelungen ist, seine Aufgabe zu lösen. In compendiöser (325 Seiten), knapper Form, die jedoch nirgend unklar oder unschön wird, hat er das ganze Gebiet der Otiatrik behandelt, mehr die praktische Seite berührend, weniger bei Theoretischem sich aufhaltend und womöglich nur feststehende Thatsachen notirend.

Diese Eigenschaften werden das Buch entschieden bei Studirenden und praktischen Aerzten recht beliebt machen und damit den Wunsch des Verf.'s, sein Werk möge zu der Verbreitung ohrenärztlicher Kenntnisse, an welchen es leider noch vielen Medicinern mangele, beitragen, in Erfüllung bringen.

Druck und Ausstattung sind vortrefflich.

Neumann.

Hartmann (Berlin): Die Krankheiten des Ohres und deren Behandlung. Uebersetzt ins Russische von Dr. Kulikowsky unter Redaction von Dr. Schmidt. Odessa. Emil Berndt. 1893. (Болѣзни уха и ихъ леченіе. Сочиненіе Д-ра Гартманна въ Берлинѣ. Переводъ Д-ра Куликовскаго подъ редакціей Д-ра Шмидта. Одесса. Изд. Эмиля Берндта. 1893).

Verleger und Uebersetzer haben entschieden einen glücklichen Griff gethan, indem sie das bekannte Hartmann'sche Lehrbuch in seiner 5. Auflage übersetzten. Ueber das Original selbst, das die 5. Auflage erlebt, brauchen wir wohl kaum etwas zu sagen, haben es übrigens schon ein paar Mal bei den vorhergehenden Auflagen besprochen. Die Uebersetzung ist gut, liest sich recht leicht. Dem Texte sind noch hin und wieder Bemerkungen des Redacteurs der Uebersetzung, und früheren Assistenten Hartmann's, beigegeben, die theils den Text erläutern, theils einige Differenzpunkte der Autoren betreffen.

Es füllt das gediegene Buch, das die Verlagsfirma recht gut ausgestattet hat, eine Lücke in der russischen Literatur über Ohrenkrankheiten aus, und sei hiemit allen russischen Collegen und Studenten bestens empfohlen. Neumann.

Auszug aus den Protokollen der Medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 20. Jan. 1893.

Herr Lezius hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber einen Fall von Pneumothorax mit aseptischem Verlauf». Der Patient, selbst Mediciner, hält sich für einen Phthisiker, da vor etwa 10 Jahren von einer Autorität auf diesem Gebiet in seinem Sputum Tuberkelbacillen nachgewiesen worden sind. Die Erkrankung erfolgte ganz plötzlich, ohne irgend welche Vorboten von Seiten der Lungen, und bei der Untersuchung liess sich ein ausgebreiteter rechtsseitiger Pneumothorax nachweisen mit allen typischen Symptomen. Die anfänglich bestehenden Collapserscheinungen und die Tachycardie schwanden etwa im Laufe einer Woche. Darauf begann der Resorptionsprocess der Luft, der ohne irgend welche Erscheinungen von Seiten der Lungen und der Pleura seinen Fortgang nahm. — Auf Grund der Art des Verlaufs neigt Vortragender zu der Ansicht, dass, trotz der in der Anamnese vorhandenen Hinweise auf Tuberculose, dieser Pneumothorax doch ein durch Atrophie des Gewebes geplatztes Emphysembläschen zur Ursache haben müsse.

Herr Dehio räumt von vorneherein ein, dass eine Entscheidung der Frage, ob der Pneumothorax im gegebenen Fall durch eine geplatzte Emphysemblase oder durch Platzen einer kleinen phthisischen oder bronchiektatischen Caverne entstanden, sich nicht erreichen lässt. Dass aber auch bei dem letzterwähnten Entstehungsmodus nur aseptische Luft ohne sonstigen Caverneninhalt und ohne Entzündungserreger in die Pleurahöhle gelangen kann, ist nicht undenkbar. Es ist möglich, wie Kernig auf dem 9. internationalen Congress in Kopenhagen hervorgehoben, dass das zerrissene Lungenparenchym auf den durchtretenden Caverneninhalt gleichsam als Filter wirkt und gerade die Luft passiren lässt, die Entzündungserreger und den Caverneninhalt aber zurückhält.

Herr Meyer meint, dass die Erklärung Kernigs für den aseptischen Verlauf eines Pneumothorax bei Lungentuberculose gewiss zutreffend sei und glaubt eine gewisse Analogie für einen günstigen Ausgang in der nicht immer auftretenden septischen Peritonitis nach Laparotomien zu finden; auch Hautemphyseme führen gewöhnlich nicht zu Sepsis; er glaube, dass für die serösen Häute die Luft nicht so verhängnissvoll sei, wie Flüssigkeiten, wo die Bakterien entschieden virulenter zu sein scheinen.

Sitzung am 4. Febr. 1893.

Herr Dehio hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Purpura haemorrhagica als Infectionskrankheit» (der Vortrag ist in der Petersb. med. Wochenschrift publicirt). — Herr Dehio referirt über die von ihm in der Poliklinik gemeinsam mit stud. med. Grüning beobachteten Fälle von fieberhaft verlaufenem morbus maculosus. Das Interesse derselben bestand darin, dass alle 3 Fälle gleichzeitig in einem und demselben Hause bei zwei Geschwistern und einem auf demselben Flur lebenden Kinde beobachtet wurden, was wohl einen kaum zu widerlegenden Beweis für die infectiöse Natur der Erkrankung abgeben dürfte.

Sitzung am 3. März 1893.

I. Herr v. Wistinghausen stellt einen Patienten vor, der an Myositis ossificans leidet. (Der Vortrag wird in einer Inaugural-Dissertation publicirt werden).

II. Herr W. Zoege v. Manteuffel: Demonstration mehrerer Patienten.

1. Sarcom der Nase. Pat. ist vor mehreren Jahren mit einer Geschwulst auf der Nasenspitze in der chirurgischen Klinik gewesen. Nach der dort vorgenommenen Excision erfolgte in Jahresfrist Recidiv. Redner versuchte dann Arseninjection jedoch ohne Erfolg. Nach Jodinjection kam es zu Nekrose und langsamer Verheilung mit wenig entstellender Narbe. 3 Jahre danach. d. h. im vorigen Sommer soll die Geschwulst wieder gewachsen sein und allmählich die gegenwärtige Grösse erreicht haben. — Jetzt sieht man einen über mandelgrossen Tumor dem Nasenrücken aufsitzen. Die Haut über demselben ist gespannt und schimmert bläulich, am unteren Ende die erwähnte Narbe. Keine irgendwie erheblich hypertrophischen Talgdrüsen; Strabismus convergens: Redner bespricht die differentielle Diagnose der Hauttumoren der in Rede stehenden Gegend und berührt die Schwierigkeiten derselben. da sowohl das Talgdrüsenadenom als auch das Fibrom in Sarcom übergehn können und dadurch oft von primären Sarcomen schwer zu unterscheiden seien. Im vorstehenden Fall sei die Diagnose «Sarcom» wohl schon durch die Recidive, ferner durch den fraglosen Uebergang auf beide Orbitae, vermuthlich auf dem Blutwege, sicher gestellt, daher Operationsprognose schlecht quoad restitutionem. (Bei der am folgenden Tage vorgenommenen Operation erwiesen sich beide venae ophthalmicae mit Sarcommassen vollgepfropft). Der Defect auf dem Nasenrücken durch Transplantation gedeckt; nach 10 Tagen wird Pat. mit verheilter Wunde entlassen.

2. Drei Fälle von Gangraen.

a) Symmetrische atonische Geschwüre an beiden grossen Zehen eines Mannes in den besten Jahren. Arteriosclerose ist auszuschliessen. (Puls überall, auch in den Fussarterien wohl erhalten), ebenso Neuritis. Von nervösen Störungen sei nur eine sehr deutliche Herabsetzung des Temperatursinns wahrzunehmen (Demonstration: erheblich verspätete Reaction, Tast und Schmerzempfindung normal). Es sei daher der Fall wohl als eine Syringomyelie zu deuten. da auch Diabetes auszuschliessen sei.

b) Frau von 70 Jahren; Gangraen des 3. Fingers der rechten Hand, vor 4 Wochen plötzlich entstanden. Hochgradige allgemeine Arteriosclerose: rechte Radialis pulslos. keine Lues — kein Diabetes — keine nervösen Störungen, kein Herzfehler klinisch festzustellen. Es rubricire dieser Fall somit unter die auf der Basis der Arteriosclerose mit consecutiver autochthoner Thrombose sich abspielende Gangraen. Auf die Circulationsstörung wiese der fehlende Puls — die locale Asphyxie der Umgebung hin (Conservative Therapie, da Pat. eine Operation höher oben nicht zulässt). Wegen der sehr grossen Schmerzen wird auf Wunsch der Kranken, nachdem die Gangraen auch auf den 2. u. 4 Finger übergegriffen die halbe Hand im Metacarpus amputirt — die Wunde nur mit einigen Nähten etwas zusammengezogen. Im Verlauf der reactionslosen Heilung tritt am 10. Tage lobul. Pneumonie und am 12. der Tod ein. Section: ziemlich frische sich organisirende Thrombose der Armarterien bis in die Subclavia.

c) Ein Fall von seniler Gangraen der Zehen bei einem Manne von 60 Jahren (kein Diabetes). Er reihe sich dem vorigen an, nur habe man sich die Thrombose langsamer entstanden zu denken, und erreiche dieselbe nicht die Ausdehnung, ja dürfte sich wohl nur auf kleine Gefässe beschränken. Redner bespricht an der Hand dieser 3 Fälle die Pathogenese und die Diagnose der verschiedenen Gangraenformen.

3. Demonstration eines Präparats von tuberculöser Strictur der Valvula Bauhini mit Fistelbildung und spontaner Bildung eines anus praeternaturalis. Enteroanastomose. — Der 37-jährige Mann mit der Diagnose einer Perityphlitis bis 39,5 fiebernd in Behandlung. Abscess der Bauchdecken. ausgedehnte Spaltungen. Spontane Bildung einer gedoppelten Kothfistel, deren einer Schenkel ins Coecum (durch Eingiessung zu erweisen) deren anderer ins Ileum führt und Koth entleert. Da der Kranke sehr herunter gekommen war, wird. nach einem vergeblichen Versuch, der Verschluss der Fistel auf spätere Zeit verschoben. Mehrfache Untersuchungen auf Tuberkelbacillen erfolglos. Pat. wird zur Erholung auf's Land geschickt. In dieser Zeit wird die Fistel immer weiter, so dass schliesslich unter heftigen Schmerzen, Kollern und deutlicher Blähung aller Koth durch die Fistel und garkeiner mehr auf natürlichem Wege entleert wird. Nach einem halben Jahr, nachdem Pat. sich gut erholt hat, zwei Versuche, die Fistel zu schliessen, beide vergeblich. Zuletzt Laparotomie Anfang October 1892 parallel dem Lig. Poupartii, nach Tamponade der Fistel. Es finden sich: sehr ausgedehnte Verwachsungen der Coecalgegend mit der Bauchwand nach verschiedenen Seiten, — miliare Tuberkel auf der Serosa des Darms bis c. $1^1/_2$ Meter über der Valvula Bauhini Der Darm zeigt in dieser Strecke 5 besonders dicht mit Tuberkelknoten besetzte Stricturirungen. Während die Möglichkeit der Resection noch erwogen wird, wird vom Chloroformator schlechter Puls gemeldet. Um keine Zeit zu verlieren, wird von der Resection Abstand genommen und eine oberhalb der Erkrankung gelegene noch gesunde Darmschlinge ins Colon transversum nahe der Flexura hepatica implantirt.

Eine Lagerung in gleichgerichteter Peristaltik ist ohne Achsendrehung nicht möglich und wird daher darauf verzichtet. Schluss der laparotomirten Wunde mit Silkwormgutnähten. — Photoxylin. — Nach 3 Tagen bricht um den anus praeternaturalis ein Erysipel aus. Der Photoxylin-Anstrich schützt die laparotomirte Wunde, so dass das Erysipel nicht über diese hinausgeht; am 8. Tage Abfall der Temperatur, I. Intentio, am 12. Tage Nähte entfernt. Im Verlauf bilden sich in der Nahtlinie kleine Oeffnungen, die anfangs serösen Eiter, später Koth entleeren. Die Hoffnung, dass der Koth auf natürlichem Wege sich entleeren würde. erwies sich als trügerisch; er ging trotz der 5 Stricturen. die er in dem ausgeschalteten Darmtheil zu passiren hatte, durch diesen und die Fistel ab. Nur durch Spülungen und Glycerinklystiere, Rheum etc. war ab und an ein Stuhl auf normalem Wege zu erzielen. Pat. bekam hectische Temperaturen. Nach ca. 4 Monaten, ohne dass vorher Betheiligung der Lunge trotz wiederholter Untersuchung (Prof. Dehio) sich nachweisen liess, plötzlicher Tod unter dyspnoischen Erscheinungen. Bei der Section fand sich Durchbruch einer mit einem grösseren Bronchus communicirenden Caverne in die Pleura — Compression der Lunge; ferner zeigte es sich, dass der vermeintliche Misserfolg der Anastomose. die entgegengesetzt gerichtete Peristaltik ausgeglichen war durch spontane Drehung der Darmschlinge. so dass die anatomischen Bedingungen für die Continuität der Peristaltik gegeben waren. Trotz der Drehung der Schlinge war nirgends eine Abknickung oder Compression durch Verlagerung zu Stande gekommen, was wohl dem Umstande zuzuschreiben war, dass der zuführende Schenkel sich vorne herumgedreht hatte. — Am Praeparat (Demonstration) sieht man, dass die Anastomose der Därme fest ist und die Nahtstelle nicht mehr zu sehen ist. — Die Tuberculose hat sich ausschliesslich im Dünndarm localisirt. Das Coecum ist ganz frei davon und ist gegen den Dünndarm an der Stelle der Valvula Bauhini durch feste Narbenmassen vollständig abgeschlossen. Nur durch die in den Bauchdecken liegende Fistel communiciren Coecum und Ileum. Am Dünndarm findet sich eine grössere Anzahl circulärer Geschwüre. Von einem Proc. vermiformis konnte auch bei der Section nichts gefunden werden. Er dürfte in die Coecum Ileum und Bauchwand verbindenden Narbenmassen untergegangen sein. —

Im Anschluss hieran bespricht Redner die Therapie der Stricturen der Ileocoecalgegend. namentlich die Arbeiten Königs und Czernys berücksichtigend. Der vorliegende Fall stände anatomisch gewiss an der Grenze der Resectionsmöglichkeit. und war die Enteroanastomose bei den Bedenken, die Narcose noch sehr lange auszudehnen, gewiss indicirt. Es frage sich nur, ob die Versuche. die Fistel zu schliessen, gerechtfertigt waren und ob man nicht lieber gleich hätte reseciren sollen. Anfangs war der Kranke dazu zu elend. Nach der sommerlichen Erholung wiederum erwachten Zweifel an dem Verdacht auf Tuberculose, ein 2. Versuch erschien daher wohl berechtigt. — Dass ausgedehnte Verwachsungen bestanden. war nach der vorausgegangenen Eiterung anzunehmen, dass die Tuberculose aber so ausgedehnt war, hatte Redner nicht erwartet.

In einem im Anfangsbilde ganz analogen Falle (Bauchdeckenabscess — mehrfache breite Incisionen) sah Redner eine ganz ähnliche Fistel sich noch nach $^1/_2$ Jahre spontan schliessen und erfreut sich dieser Kranke jetzt einer guten Gesundheit: hier handelte es sich um einen Mann von einigen 50 Jahren was in Rücksicht auf die Diagnose (Tuberculose oder nicht) von Bedeutung sei; cf. König. — Wenn auch der Verdacht auf Tuberculose bei Perityphlitiden junger Leute stets rege sein müsse, so könne eine Diagnose doch wohl erst im Verlauf gestellt werden, — zumal man nicht darauf rechnen könne Bacillen im Secret zu finden.

Z. Z. Secretär: Dr. R. Koch.

Vermischtes.

— Bestätigt: Der Professor der Pharmakologie an der Charkower Universität, Dr. Saleski — als Professor emeritus; der Professor der speciellen Pathologie und Therapie an der Universität Jurjew (Dorpat) Dr. St. M. Wassiljew — als Decan der medicinischen Facultät.

— Ernannt: Der Ordinator des hiesigen St. Olga-Hospitals, Oberarzt des St. Petersburger Wittwenhauses und Arzt des St. Petersburger Alexander-Instituts, wirkl. Staatsrath Dr. Enko — zum Consultanten des genannten Hospitals.

— Verstorben: 1) Am 11. Juli in Riga der dortige freiprakticirende Arzt Dr. Adam Worms im 61. Lebens-

jahre an Blutvergiftung, die er sich bei einer Operation zugezogen hatte. Der Hingeschiedene stammte aus Kurland und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1853—57 studirte und dann seine Studien an den Universitäten Wien und Prag fortsetzte. Nach Absolvirung des Doctorexamens wurde W. im Jahre 1889 Arzt der Rigaschen Patrimonialgüter Kirchholm und Uexküll, siedelte aber 1866 nach Talsen über, wo er 6 Jahre hindurch als praktischer Arzt thätig war. Im Jahre 1872 kehrte er nach Riga zurück, wo er sehr bald eine ausgebreitete Privatpraxis sich erwarb. Durch seine Tüchtigkeit, wie durch sein liebenswürdiges Wesen war Worms sowohl bei seinen Collegen als auch in weitesten Kreisen hochgeachtet und beliebt. Als Mitglied des städtischen Armenamtes hat derselbe in erspriesslicher Weise bei der Organisation mancher communalen, namentlich auch der sanitären und die Fürsorge für die Armen betreffenden Einrichtungen mitgewirkt. Von 1884 bis 1888 war Worms Präsident der Gesellschaft praktischer Aerzte in Riga. 2) Am 30. Juni der stellvertretende Gouvernementsarzt in Tiflis, Staatsrath J. A. Selinski. Der Verstorbene hatte einen Jagdausflug in's Gebirge gemacht; bei der Rückkehr um 11 U. Abends gerieth er in der Dunkelheit an den Rand einer Schlucht, von welchem er in den Abgrund stürzte, wo er mit zerschmettertem Schädel aufgefunden wurde. 3) Am 21. Juni in Spassk (Gouv. Kasan) der dortige Kreisarzt W. G. Krylow im 41. Lebensjahre. Während seiner 16 jährigen ärztlichen Thätigkeit in Spassk hatte der Verstorbene in hohem Grade die Zuneigung der dortigen Bevölkerung sich erworben. 4) In London Dr. Henry, 71 Jahre alt, welcher 34 Jahre hindurch zweiter Redacteur des «British Medical Journal» und lange Zeit Secretär der «British Medical Association» war. Er beherrschte alle europäischen Sprachen und übersetzte aus ihnen ins Englische. Da er sehr wortkarg war, so sagte man von ihm scherzweise, dass er in 15 Sprachen schweige.

— Am internationalen Congress in Rom werden Prof. Dr. Rudolf Virchow als Vertreter der Berliner medicinischen Facultät und Prof. E. v. Bergmann als Delegirter der «Berliner medicinischen Gesellschaft» theilnehmen.

— Prof. Naunyn (Strassburg) hat die an ihn ergangene Berufung auf den durch Prof. Kahlers Tod erledigten Lehrstuhl der inneren Medicin an der Wiener Universität abgelehnt.

— In Insbruck ist der Professor der Geburtshülfe, Dr. Emil Ehrendorfer zum Rector der Magnificus für das academische Lehrjahr 1893/94 gewählt worden.

— Wie die «Bombay Gazette» berichtet, haben die Einwohner der indischen Städte Lucknow und Aligarh dem Dr. Chawkin als Zeichen ihrer Erkenntlichkeit für dessen Schutzimpfungen gegen die Cholera einen silbernen Becher und einen Beutel mit 15,000 Rupien (nach dem gegenwärtigen Curse über 13,000 Rbl.) dargebracht.

— Nachdem die St. Petersburger Stadtduma den Vorschlag der städtischen Hospitalcommission, den früheren Oberarzt des Alexander-Barackenhospitals, nunmehrigen Professor Dr. Nilus Ssokolow zum Ehreninspector für die medicinischen Angelegenheiten des genannten Hospitals zu ernennen, angenommen, soll, wie die Zeitung «Ssyn Otetschestwa» erfährt, das Stadtamt jetzt den Antrag bei der Duma einbringen wollen, dem Prof. Ssokolow, da er den Dienst der Stadt aufgiebt, eine einmalige Gratification im Betrage von 1000 Rbl. (was einem Drittel seines früheren Gehaltes als Oberarzt gleichkommt) zu bewilligen.

— In Marburg ist seit einiger Zeit eine Studentenbewegung gegen den Director des physiologischen Instituts Prof. Külz im Gange, der die Studentenschaft schwer beleidigt haben soll. Vorläufig ist an eine Einigung der Parteien leider nicht zu denken. Es ist zu befürchten, dass Marburg im kommenden Semester ca. 200—300 Studenten der Medicin verlieren wird. Die Studentenschaften in Göttingen, Bonn und anderen Universitäten sollen sich, falls die Sache nicht zu Gunsten der Marburger Studenten entschieden wird, sich mit den letzteren solidarisch erklären wollen.

— Der XXI. deutsche Aerztetag, welcher am 26. u. 27. Juni in Frankfurt a/M. tagte und auf dem 139 Vereine mit insgesammt 10388 Mitgliedern (also etwas mehr als die Hälfte aller deutschen Aerzte) durch 89 Delegirte vertreten waren, hat unter Anderem bezüglich des ärztlichen Dienstes an Krankenhäusern wichtige Beschlüsse gefasst, von denen wir hier einige mittheilen: 1) die Krankenhäuser sollen in erster Linie den humanen Zwecken einer guten Verpflegung und wirksamen ärztlichen Behandlung der Kranken dienen. Sie sollen aber auch mehr und mehr Stützpunkte der Wissenschaft werden. 2) der ärztliche Dienst in den Krankenhäusern ist derart zu organisiren, dass auf 100 bis 120 Kranke ein Oberarzt und mindestens 2 Assistenzärzte kommen. 3) Es ist zu erstreben, dass die Oberärzte grosser Krankenabtheilungen auf Privatpraxis, mit Ausnahme der consultativen, verzichten. Ihr Gehalt ist dementsprechend zu bemessen. 4) Die Dienstzeit eines Assistenzarztes soll in der Regel nicht über 1 bis 2 Jahre sich ausdehnen. 5) Durch Anstellung bezw. Consultirung von Specialärzten ist dafür Sorge zu tragen, dass in allen Fällen die Kranken eine sachgemässe Behandlung finden. Für grössere Städte empfiehlt es sich, einen pathologischen Anatomen von Fach zur Vornahme der Obductionen in den Krankenhäusern, sowie zu sonstiger wissenschaftlicher Unterstützung der Aerzte anzustellen.

Bei der Discussion über diese Thesen, wandten sich gegen These 3 die meisten Redner; sie wurde aber durch Stimmzettel angenommen.

— Der Verein der deutschen Irrenärzte hat auf seiner Jahressitzung am 25. und 26. Mai 1893 zu Frankfurt am Main energisch Stellung genommen gegenüber dem von den Pastoren v. Bodelschwingh, Knodt, Hafner und Anderen in den «Conferenzen des Verbandes Deutscher evangelischer Irrenseelsorger» vertretenen Standpunkt über Psychiatrie und Seelsorge, sowie gegenüber den vom Pastor Stöcker inaugurirten Bestrebungen zur Abänderung des Verfahrens bei der Anstaltsaufnahme und bei der Entmündigung von Geisteskranken. Neun ausführliche Thesen richten sich gegen die Lehre der Pastoren, welche Geisteskrankheit auf den Begriff der Sünde und des Besessenseins zurückführen, den Irren als «dämonisch» krank geworden und «für sein Thun und Lassen verantwortlich» erklären will und praktisch bethätigt, nothwendig zur Verkehrung des Charakters der Irrenanstalten in den von Strafanstalten (in Bremen mussten die einige Zeit zur Irrenpflege verwandten Diaconen wegen Misshandlung von Kranken entlassen werden), zur Bestrafung der Geisteskranken, zum Exorcismus (in neuester Zeit bereits an einer Hysterica durch protestantische Geistliche geschehen) und schliesslich zu den Hexenprocessen führen würde. Gegen die Beschwerden, Beschuldigungen und Forderungen des Pastors Stöcker wurden 13 Thesen aufgestellt, welche mitsammt den vorigen im Druck besonders herausgegeben und den Regierungen wie Behörden zugeschickt werden sollen. Ausserdem werden zu geeigneter Zeit in der Tagespresse sachverständige Besprechungen der vorliegenden Fragen stattfinden.

(Neurol. Centralblatt, 1893, Nr. 12).

— XI. internationaler medicinischer Congress — Rom 1893. Das Executiv-Comité hat an alle europäischen Universitäten einen Aufruf an die Studirenden der Medicin übermittelt, womit letztere eingeladen werden, auf Grund des Art. 18 der Congresstatuten bei der Präsidenz um taxfreien Zutritt zu den Arbeiten des Congresses anzusuchen.

Studirende der Medicin, die in Folge solches Ansuchens als Hörer eingeschrieben sind, erhalten die zum Genusse der Fahrpreisermässigung erforderlichen Legitimationspapiere durch das General-Secretariat des Congresses. Die russischen Eisenbahnen haben den Congressisten kostenfreie Rückreise von der russischen Grenze zur ursprünglichen Ausgangsstation zugestanden.

Die russische Regierung hat, auf Ansuchen des Präsidenten des russischen National-Comités, des Herrn Prof. Victor Paschutin, die medicinischen Prüfungstermine auf den November verlegt, um den Professoren den Besuch des Congresses zu ermöglichen.

In Plenarsitzungen werden unter Anderen, Herr Prof. Rudolf Virchow (Berlin) über «Morgagni und dessen Einfluss auf die medicinische Wissenschaft» und Herr Prof. Brouardel (Paris) über den «Kampf gegen Epidemien» Vortrag halten.

— Mittelst Allerhöchst am 5. Juli d. J. bestätigter Resolution des Militär-Conseils sind den Aerzten der zur Bekämpfung der Cholera unter den Truppen formirten fliegenden Sanitäts-Detachements für die Zeit der Thätigkeit der Detachements Diätengelder ausgesetzt, und zwar den in Aemtern der V. medicinischen Kategorie stehenden Aerzten 150 Kop. tägl. und den in der VI. med. Kategorie stehenden 1 R. täglich. Die in den genannten Sanitäts-Detachements angestellten Feldscher erhalten ein Kostgeld im Betrage von 25 Kop. täglich. Die Diäten und das Kostgeld werden den oben erwähnten medicinischen Chargen nicht nur während ihres Dienstes in den Sanitäts-Detachements, sondern auch für die Zeit, welche sie auf der Reise zu ihrem Bestimmungsort zubringen, ausgezahlt.

— In Warschau haben die Erkrankungen an Abdominaltyphus seit der Errichtung der Wasserleitung merklich abgenommen. Während im Jahre 1881 in den Warschauer Hospitälern 1557 Kranke am Typhus abd. behandelt wurden, sank die Zahl derselben im Jahre 1882 auf 1235, 1883 auf 1220, 1884 auf 1034 und so mit jedem Jahre weiter, sodass 1890 nur 450 und 1891 nur 396 Typhuskranke in den Hospitälern behandelt wurden.

— Dr. Netter ist bei seinen Untersuchungen über die Ursachen der gegenwärtig in Frankreich herrschenden Epidemie des Abdominaltyphus zu der Ueberzeugung gelangt, dass die Krankheit aus England eingeschleppt ist, wo sie in einigen Ortschaften endemisch ist. Dr. Chantemesse, welcher die Typhusepidemie in Lille beobachtet hat, spricht die An-

sicht aus, dass die Krankheit sich durch die Dejectionen der Kranken weiter verbreitet.

— Die Cholera breitet sich in Russland weiter aus. Zu den bisherigen von der Cholera heimgesuchten Gouvernements sind die Gouvernements Wladimir, Woronesh, Kiew und Twer hinzugekommen, in denen die Seuche in letzter Zeit wieder aufgetreten ist. Ausserdem werden Cholera-verdächtige Erkrankungen neuerdings aus den Gouvernements Kutais, Kasan, Tambow, dem Kubangebiet und den Städten Rjasan und Orenburg gemeldet. Am heftigsten herrscht die Epidemie noch immer im Gouv. Podolien, wo vom 20.—26. Juni 499 Erkrankungen mit 122 Todesfällen vorkamen, in der Stadt Orel (v. 27. Juni—3. Juli 79 Erkr. und 37 Todesf.), im Gouv. Orel (69 Erkr., 15 Todesf.) und Bessarabien 62 Erkr. und 34 Todesf.) In Moskau waren am 10. Juli 78 Cholerakranke vorhanden, vom 10. auf den 11. Juli erkrankten auf's Neue 9, genasen 9 und starben 5 Personen. Sonach verblieben dort 73 Personen in Behandlung.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 11. Juli d. J. 5677 (25 weniger als in der Vorwoche), darunter 224 Typhus — (6 mehr), 538 Syphilis — (31 mehr) 52 Scharlach — (6 mehr) 3 Diphtherie — (2 weniger), 28 Masern — (6 mehr) und 21 Pockenkranke (1 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Tichwin (Gouv. Nowgorod). Gehalt 1200 Rbl. jährl. Es ist ein Krankenhaus mit 5 Betten vorhanden. Empfehlungen von der früheren Dienststelle oder von Professoren erwünscht. Adresse: «Тихвинская Земская Управа».

2) Im Kreise Medyn (Kaluga) ist eine Landschaftsarztstelle vacant. Geh. 1000 Rbl. nebst freier Wohnung. Adresse «Медынская Земская Управа».

3) Für die Staniza Kuschtewskaja im Kubangebiet wird ein freipracticirender Arzt gesucht, da der bisherige Arzt Dr. Nesterow nach Noworossisk übergesiedelt ist. Die Praxis trägt gegen 3000 R. jährlich ein. Nähere Auskünfte ertheilt der Einwohner der Staniza J. Mananow (Станица Кущевская) ebenso Dr. Nesterow in Noworossisk.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 4. bis 10. Juli 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr	81 und mehr	Unbekannt.
317	241	558	152	65	62	12	4	15	56	37	41	40	46	21	6	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 12, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 12, Scharlach 8, Diphtherie 3, Croup 2, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 20, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 68, Tuberculose anderer Organe 5, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 41, Marasmus senilis 23 Krankheiten des Verdauungscanals 132, Todtgeborene 25.

Дозв. ценз. Спб. 16 Іюля. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 30 St. Petersburg, 24. Juli (5. August) 1893

Ueber ataktische Paraplegie.

Vortrag mit Krankenvorstellung, gehalten den 12. Februar 1893 in der medicinischen Gesellschaft zu Wilna.

Von

Dr. L. Stembo.

Die meisten chronischen Erkrankungen des Rückenmarkes sind nur sehr selten auf kleinere Bezirke oder nur ein einziges Fasersystem beschränkt. Meistens werden früher oder später mehrere seiner Fasersysteme in das Bereich der Erkrankung gezogen, was dann ein Gemisch von Symptomen giebt, die hauptsächlich in Störungen der Sensibilität, Motilität und der Reflexe bestehen.

Aus diesem Symptomencomplex, den man früher mit dem Namen «progressive Spinalparalyse» belegte, wurde im Verlauf der letzten drei bis vier Jahrzehnte durch exacte klinische Beobachtungen, sowie pathologisch-anatomische Untersuchungen nach und nach eine Reihe von Krankheitsformen ausgeschieden: die classische Tabes, die spastische Form der Tabes, die chronische Poliomyelitis, also Leiden, die hauptsächlich nur einzelne Systeme von Fasern oder Zellen ergreifen, dann auch Rückenmarkskrankheiten, die gleichzeitig zwei oder mehrere solche Systeme befallen, wie die amyotrophische Lateralsklerose, die Syringomyelie und endlich in neuester Zeit die gleichzeitige Erkrankung der Seiten- und Hinterstränge des Rückenmarkes, die Paraplegia atactica.

Obwohl Fälle von dieser combinirten Erkrankung des Rückenmarkes längst von Prevost, Pierret, Kahler und Pick, Westphal, Dana, Clark und Dejerine beschrieben worden sind, so gehört doch das unbedingte Verdienst, diese Rückenmarkskrankheit am Lebenden kennen gelehrt zu haben dem berühmten englischen Neurologen Gowers*) nach dem ich Ihnen auch diese Krankheit kurz schildern will.

Obwohl das klinische Bild dieser combinirten Rückenmarkskrankheit viele Varietäten darbietet und je nach dem Ueberwiegen der Localisation des Processes in einem oder dem anderen der betheiligten Stränge bald mehr der ataktischen, bald mehr der spastischen Form der Tabes sich nähert, so verlaufen doch die allermeisten Fälle einander so ähnlich, dass eine besondere Schilderung dieser Krankheitsform vollkommen gerechtfertigt erscheint.

Der Beginn der Krankheit ist ein langsamer, es können meistens Jahre vergehen, bis eine merkliche Veränderung des Ganges eintritt. Es stellen sich im Anfange spastische Erscheinungen ein, zu denen sich Coordinationsstörungen gesellen. Zuerst werden die Beine betroffen, erst später die Arme. Der Kranke ermüdet leichter und findet sich im Dunkeln schwerer zurecht. Die grobe Muskelkraft wird geringer, nicht selten in einem Bein mehr als in dem anderen. Das Romberg'sche Zeichen stellt sich ein, der Gang wird sichtlich unsicher und muss der Kranke sich beim Gehen oft auf einen Stock stützen. Der Gang ist hier von dem bei Tabes verschieden: die Beine werden nicht so hoch gehoben und nicht so plötzlich auf den Boden gesetzt, wie Sie an diesem Kranken sehen. (Demonstration)

Lancinirende Schmerzen fehlen fast vollkommen, hin und wieder sind nur dumpfe Schmerzen im Rücken oder Kreuzbein wie auch in den Beinen vorhanden. Ein Gürtelschmerz ist nur in wenigen Fällen constatirt worden.

Die Sensibilität ist in der Regel weder am Rumpf noch an den Extremitäten gestört, also keine Hyper- wie auch keine Anästhesien.

Der Plantarreflex kann ganz normal, oder etwas erhöht, sehr selten herabgesetzt sein. Der Cremaster- und Bauchreflex sind manchmal abwesend. Im Gegensatz zu Tabes ist der Patellarreflex bedeutend erhöht. Auch der Fussclonus ist bei diesen Kranken leicht auszulösen.

Werden auch die Arme befallen, so bieten sie dieselben Zeichen der Incoordination, Schwäche und erhöhte Muskelerregbarkeit, wie die Beine dar.

*) A manual of diseases of the nervous system. Sec. edit. I. London 1892. pag. 453.

Die Musculatur bleibt bei dieser Krankheit gewöhnlich wohl genährt.

Impotenz tritt ziemlich früh bei diesen Kranken ein. Die Schliessmuskeln bleiben oft intact, sie können aber auch vom Leiden betroffen werden. Der Detrusor vesicae ist in vielen Fällen stark geschwächt, so dass die Blase nicht ganz entleert werden kann, wodurch sie stark gedehnt wird.

Die Pupille reagirt gewöhnlich auf Lichteinfall wie auch bei Accommodation; Sehnervenatrophie kommt bei dieser Form der Rückenmarkskrankheit sehr selten vor.

Die äusseren Augenmuskeln sind in der Regel nicht afficirt, oft aber stellt sich Nystagmus bei Bewegungen der Augen ein, sehr selten in der Ruhe der letzteren.

Auch die Sprache leidet nicht selten, indem sie mehr oder weniger eine scandirende wird, wobei sich noch ein Zittern der Gesichtsmuskeln hinzugesellt, was leicht an die Sprache der Paralytiker erinnert. Die Psyche ist aber bei diesen Kranken meist vollkommen normal, es besteht nur manchmal ein leichter Grad von Vergesslichkeit bei denselben.

Gastrische Krisen werden nie beobachtet.

Der Verlauf der Krankheit ist ein verschiedener, oft treten im weiteren Gang derselben die spastischen Erscheinungen in den Vordergrund, während die ataktischen mit Zunahme der Schwäche zurücktreten. Die Schwäche erreicht früher oder später die höchsten Grade bis zur vollkommenen Lähmung, dabei bleibt die Sensibilität noch immer normal. Die Kopfnerven nehmen an der Krankheit nicht theil. Der Tod wird nur sehr selten durch die Krankheit selbst herbeigeführt, meistens sind es Decubitus, Nierenaffectionen oder andere intercurrente Leiden, die dem Leben dieser Kranken ein Ende machen. Unter den Complicationen sind als die wichtigsten die der progressiven Paralyse der Irren ähnlichen Geistesstörungen, Muskelatrophie, Arthritis und Störungen von Seiten des Sympathicus zu nennen.

Pathologisch-anatomisch findet man Sklerose der Seiten- und Hinterstränge, nur der Grad der Verbreitung ist in den verschiedenen Fällen verschieden. Als Regel gilt es, dass die Veränderungen in den Hintersträngen in zwei Beziehungen von denen bei Tabes differiren: erstens ist die Degeneration hier stärker im Dorsaltheil des Rückenmarkes als im Lendentheil, zweitens ist die Wurzelzone des hinteren äusseren Stranges viel weniger ergriffen, als bei der Tabes.

Was die Aetiologie betrifft, so ist zu bemerken, dass eine neuropathische Praedisposition nur in wenigen Fällen nachgewiesen werden kann; Lues ist hier eben so selten wie sie bei der classischen Tabes häufig ist. Rheumatismus wie auch traumatische Einflüsse, besonders wenn sie den Rücken treffen, übermässige körperliche Anstrengungen, wie auch Excesse in Venere, werden als Ursachen dieser Erkrankung angeführt.

Diese Krankheit befällt häufiger Männer als Frauen und beginnt gewöhnlich zwischen dreissig und vierzig Jahren, kann aber auch schon viel früher (15 J.), wie auch bedeutend später (61 J.) ihren Anfang nehmen.

Bei der Differentialdiagnose kommen vor allem die gewöhnliche und die spastische Form der Tabes in Betracht. Der verstärkte Patellarreflex und Schwäche resp. Lähmung der unteren Extremitäten genügen um die in Frage stehende Krankheit von der Tabes zu unterscheiden, die Gegenwart der Coordinationsstörungen — um sie von der Lateralsklerose zu differenziren.

Die hereditäre Ataxie, mit der unsere Krankheit die grösste Aehnlichkeit hat, zeichnet sich gegenüber derselben durch das Vorhandensein des Westphal'schen Zeichens und durch ihr Vorkommen bei mehreren Gliedern derselben Familie aus. Nystagmus wie Störungen der Sprache können bei beiden vorkommen.

Vor chronischen Myelitiden zeichnet sich unsere Krankheit durch den mehr langsamen Beginn und die Art der Verbreitung aus. In manchen Fällen kann die Differentialdiagnose schwer sein.

Geschwülste des Kleinhirns können auch bei gewisser Lage derselben Schwäche, Coordinationsstörungen in den Beinen mit verstärktem Patellarreflex hervorrufen. Die Schwäche der Beine ist aber dabei eine verhältnissmässig geringe, ausserdem finden sich Occipitalschmerzen, Erbrechen und Erscheinungen von Seiten der Pupille.

Die Prognose ist quoad vitam nicht schlecht, aber quoad sanationem sehr ungünstig.

Die Therapie giebt uns sehr wenige Anhaltspunkte. Arsen, Massage und türkische Bäder werden am meisten gelobt; Elektricität soll hier sehr wenig wirksam sein.

Bei unserem Patienten können wir Folgendes constatiren:

Patient B. stammt aus einer vollkommen gesunden Familie, in derselben sind weder Nervenkrankheiten noch Alkoholismus, noch Arthritis, noch Lues oder Schwindsucht vorgekommen. Seine Brüder und Schwestern sind alle gesund.

Er selbst war früher ebenfalls gesund. Lues wird in Abrede gestellt, Masturbation wird zugegeben.

Im vierzehnten Lebensjahre stellten sich zuerst bei ihm gastrische Störungen ein: Magenschmerzen, Uebelkeit, Erbrechen und hartnäckige Stuhlverstopfung.

Er lernte anfangs sehr gut, mit dem Eintritt der Magenbeschwerden ging es mit dem Lernen viel schlechter und er musste das Institut, in dem er auf Kosten der Krone erzogen wurde, verlassen. Nach und nach bemerkte er, dass das Gehen ihn viel schneller ermüdete, späterhin gesellte sich dazu eine Schwäche in den Beinen. Die Sprache war nicht mehr so fliessend, wie früher, er fing zu scandiren an, dabei stellte sich beim Sprechen ein Zittern in den Gesichtsmuskeln ein.

Das Gedächtniss wurde schwächer und so kam er zu dem Zustande, in dem Sie ihn vor sich sehen.

Der Kranke ist jetzt dreissig Jahre alt, ist gross gewachsen, aber von sehr schwachem Körperbau und hat nur ein sehr geringes Fettpolster aufzuweisen.

Augenbewegungen regelmässig. Pupillen von mittlerer Weite, reagiren auf Licht wie bei Convergenzstellung in normaler Weise. Am Augenhintergrunde nichts Abnormes. Wenn wir den Kranken sprechen lassen, so sieht man das schon erwähnte Zittern der Gesichtsmuskeln, besonders an der Stirn.

Die Sprache ist langsam, zögernd, etwas schwerfällig wie Sie hören, etwas scandirend. Die hervorgestreckte Zunge zittert. Dabei ist die Psyche und die Intelligenz vollkommen normal.

Der Appetit ist schlecht, es besteht Obstipatio alvi.

Er hat oft Harndrang, muss aber lange warten bis der Urin kommt.

Potentia virilis fehlt schon seit einigen Jahren.

Hautsensibilität und -reflexe sind normal. Der Cremaster- und Patellarreflex stark gesteigert. Es ist auch Fussclonus vorhanden. Die elektrische Untersuchung der Muskeln und Nerven hat nur eine mässige Herabsetzung der Erregbarkeit für beide Stromesarten, aber keine Entartungsreaction ergeben.

Die Coordination ist in den unteren wie in den oberen Extremitäten stark gestört. Romberg'sches Symptom vorhanden. Der Gang ist ein eigenthümlich tabetischer. Wenn wir ihn gehen lassen, so sehen wir, dass er auch mit Hülfe eines Stockes zu gehen nicht im Stande ist, er kann nur an der Wand oder einem Tische sich haltend oder von zwei Personen unterstützt sich noch ein wenig bewegen; dabei sehen Sie, dass er die Beine nicht so hoch hebt und zur Seite schleudert und nicht so auf den Boden stampft wie die gewöhnlichen Tabiker, er schleift sie auch nicht so auf dem Boden, wie es die an Tabes spasmodica Leidenden thun. In der letzten Zeit fing er zu husten an und die Exploration der Lunge ergab eine Verdichtung beider Lungenspitzen. Fieber war niemals vorhanden.

Dieser zweite vor Ihnen sich befindende Kranke leidet an der eben genannten Form der Tabes und habe ich ihn nur deswegen mitgebracht, um den Unterschied zwischen unserem Kranken und ihm zu zeigen.

Zur Frage der quantitativen Bestimmung des Urobilin im Harn.

Aus dem Laboratorium der akademischen therapeutischen Klinik des Professor L. W. Popow.

(Vorläufige Mittheilung).

Von

Stud. A. Studensky.

Bei der klinischen Beobachtung der Urobilinurie ist es sehr wünschenswerth, um die Menge des im Harn ausgeschiedenen Urobilin zu kennen, für seine quantitative Bestimmung möglichst genaue Methoden zu haben. Die von Hoppe-Seyler (Wägemethode) sowie Bogomolow und Viglezzio (Titrirung) angegebenen Methoden haben sich bis jetzt in der klinischen Praxis nicht eingebürgert, vielleicht weil sie zeitraubend und umständlich sind; indessen ist es sehr wünschenswerth, bei der Bedeutung, die gegenwärtig dem Urobilin für diagnostische Zwecke beigelegt wird, eine schnell ausführbare Art der quantitativen Bestimmung zu besitzen. Diesem Bedürfniss soll die gleich zu beschreibende Methode abzuhelfen versuchen.

Professor Bogomolow hat zum qualitativen Nachweis des Urobilin vorgeschlagen zum Harn eine geringe Menge Kupfervitriollösung, dann Chloroform zuzusetzen und umzuschütteln; dabei extrahirt letzteres das Urobilin aus dem Harn und wird kupferroth gefärbt. Aber nicht alles im Harn enthaltene Urobilin wird dabei vom Chloroform aufgenommen; erst durch wiederholtes Ausschütteln des Harns mit Chloroform kann man alles Urobilin aus ihm entfernen. Wenn man dagegen nach dem Zusatz der Kupfervitriollösung den Harn mit schwefelsaurem Ammoniak sättigt, welches Méhu zum Fällen des Urobilin vorschlägt, und dann mit Chloroform schüttelt, so nimmt letzteres alles Urobilin auf; durch Sättigung des Harns mit schwefelsaurem Ammoniak allein wird, selbst wenn man die Procedur wiederholt, nicht sicher alles Urobilin gefällt.

Auf Grund dieser Daten verfahren wir, um die Gesammtmenge des Urobilin zu bestimmen folgendermaassen. Zu einem bestimmten Volum Harn (z. B. 20 Ccm.) setzen wir $^1/_{10}$ Vol. kalt gesättigter Kupfersulfatlösung, dann krystallisches schwefelsaures Ammoniak bis zur Sättigung und endlich eine gemessene Menge Chloroform (z. B. 10 Ccm.). Das Gemenge wird einige Minuten lang geschüttelt und, sobald sich eine Schicht kupferroth gefärbten, wenn auch nicht des gesammten Chloroforms abgesetzt hat, wird ein Theil desselben mit Hülfe eines Scheidetrichters in ein Reagenzglas abgegossen.

Indem wir eine Reihe von Reagenzgläschen mit vorher hergestellten Lösungen von Urobilin in Chloroform von verschiedenem, aber bekanntem Procentgehalt bereit haben, können wir durch Vergleich nach der Intensität der Färbung den Procentgehalt des Urobilin in der Chloroformlösung, die zur Extraction des zu untersuchenden Harns diente, bestimmen. Eine einfache arithmetische Berechnung ergiebt das Gesammtquantum des Urobilin in der 24stündigen Harnmenge. Entspricht z. B. das Chloroformextract des Harns der Farbe nach einer Chloroform-Urobilinlösung der künstlichen Scala von 0,0274 pCt., so enthalten 10 Ccm. des Chloroformextracts, oder die zur Untersuchung genommenen 20 Ccm. Harn 0,00274 Urobilin, folglich enthält eine 24stündige Harnmenge von 2000 Ccm. 0,274 Urobilin.

Die Scala der Chloroform-Urobilinlösungen kann man auf verschiedene Weise herstellen. Damit aber die Lösungen dieselbe Farbennüance haben, wie die in der beschriebenen Weise gewonnenen Chloroformextracte aus Urobilinhaltigem Harn, schüttelte ich eine grosse Menge stark urobilinhaltigen Harns mit Kupfersulfat, schwefelsaurem Ammoniak und Chloroform aus und bestimmte dann in der erhaltenen Chloroformlösung den Procentgehalt des Urobilin, indem ich ein gemessenes Volum derselben abdampfte, den Rückstand mit Aether auswusch, bei 90—100° C. trocknete und wog. Aus dem Rest der Lösung stellte ich dann durch successive Verdünnung eine ganze Reihe Lösungen von verschiedenem Procentgehalt her.

Die Reagenzgläschen mit diesen Lösungen, die mit einer gesättigten Lösung von schwefelsaurem Ammoniak überschichtet waren, wurden sorgfältig verkorkt an einem dunklen Ort aufbewahrt ohne dass sie sich im Verlauf von wenigstens 2 Monaten veränderten.

Von der Zuverlässigkeit der beschriebenen Methode kann man sich überzeugen, wenn man eine gewogene Menge Urobilin, die nach Méhu und Hoppe-Seyler (Lehrbuch der Chemie 1893) dargestellt ist in normalem Harn vermittelst geringer Mengen von Alkohol löst und dann bestimmt. Aus 12 Controllversuchen hat sich im Mittel folgendes Verhältniss ergeben: in 50 Ccm. nicht urobilinhaltigen Harns aufgelöst — 0,009, bestimmt — 0,0085 Urobilin. Als Quelle des relativ unbedeutenden Fehlers erscheint, abgesehn von der Unvollständigkeit der Scala und der Unvollkommenheit der subjectiven Empfänglichkeit für Farbeneindrücke, ein kleines Manco bei der Extraction des Urobilin nach der erwähnten Methode.

Die weitere Ausarbeitung der beschriebenen Methode und die Vergleichung derselben mit anderen früher vorgeschlagenen Methoden bildet gegenwärtig den Gegenstand meiner Untersuchungen.

Zum Schluss halte ich es für eine angenehme Pflicht Herrn Professor L. W. Popow, der mir das Thema vorgeschlagen und in seiner Klinik und seinem Laboratorium zu arbeiten freundlichst gestattet hat, sowie Herrn Professor T. J. Bogomolow, der mich mit der chemischen Seite der Frage bekannt gemacht und meine Arbeiten geleitet hat, meinen Dank auszusprechen.

Referate.

v. Ziemssen: Ein weiterer Beitrag zur Transfusionsfrage. (Arbeiten des medic.-klin. Instit. zu München. Bd. III. 2).

Die bisher gangbare Transfusionsmethode litt an sehr vielen Uebelständen; abgesehen davon, dass der operative Eingriff häufig die Narcose verlangte, vor der mancher Patient zurückschreckte, waren noch andere Momente vorhanden, welche die Transfusion zu einem direct gefährlichen Eingriff stempeln konnten (Gefahr des Lufteintritts in die Vene, reichlicher Zerfall der Leukocyten beim Defibriniren und Freiwerden von Fibrinferment). Verf. hat die Methode vereinfacht, indem er die Ueberführung des Blutes von der Vene des Blutspenders zur Vene des Blutempfängers ohne Schnitteröffnung der Vene und ohne Defibrinirung anstellt. Im Wesentlichen besteht die Methode darin, dass ohne vorausgegangenen Hautschnitt je eine Hohlnadel in die Vene des Blutspenders und des Blutempfängers eingeführt und dass dann Blut aus der Mediana des ersteren mittelst gewärmter Glasspritze angesaugt und in die des letzteren infundirt wird. Auf diese Weise wird die Defibrinirung und Abkühlung des Blutes vermieden; es wird ferner der Hautschnitt, das Freilegen der Vene, ihre Eröffnung durch Incision und damit die drohende Gefahr der Luftaspiration vermieden. Durch den Fortfall der Narcose verliert die Transfusion den Charakter einer grösseren Operation, und dadurch ist ihre Wiederholung erleichtert. Das Instrumentarium besteht aus 3 Glasspritzen von je 25 Ccm. Capacität und ebensoviel Hohlnadeln, an denen zur Aufnahme der Spritze ein 3–4 Cm. langer, feiner, dickwandiger Gummischlauch angesetzt ist. Ferner sind nothwendig — sterile Gazebinden, ein grosses Gefäss mit warmer physiologischer Kochsalzlösung und ein Wasserbad. Nachdem die Instrumente und die Haut gut desinficirt worden sind, wird der Oberarm des Blutspenders, wie des Blutempfängers mit sterilen Binden fest umschnürt. Alsdann wird die erste Hohlnadel in die nun pralle Mediana des Blutspenders eingestochen. Hierbei muss die Vene mit den Spitzen des linken Daumens und Zeigefingers seitlich fixirt werden. Die Nadel ist möglichst horizontal zur Hautoberfläche einzustechen. Zeigt das Abfliessen des Blutes dass sich die Nadel in der Vene befindet, so comprimirt man den Gummi-

schlauch und überzeugt sich durch sanftes Hin- und Herschieben der Nadel in der Vene, dass die scharfe Spitze sich nicht an der inneren Wandfläche der Vene angespiesst hat. Es wird nun die erwärmte Glasspritze in den Gummistutzen eingesetzt, und das Blut langsam aspirirt; während dessen wird die zweite Hohlnadel in die Mediana des Blutempfängers eingestochen, der Gummischlauch, nachdem etwas Blut ausgeflossen, comprimirt und die Binde am Oberarm gelöst. Dann wird die inzwischen gefüllte Spritze eingesetzt und das Blut langsam injicirt. Inzwischen wird eine zweite Spritze aus der Mediana des Blutspenders vollgesogen und in derselben Weise in die Vene des Blutempfängers entleert. Die Spritzen werden mit dem warmen Kochsalzwasser jedes Mal gereinigt. Die ganze Procedur ist bei Ueberführung von ca. 300 Ccm. Blut in 15—20 Minuten beendet, vorausgesetzt, dass der Blutzufluss seitens der Spenders keine Störung erleidet (Ohnmachtsanwandlung oder andere Gründe), deshalb ist auch sehr rathsam einen zweiten Blutspender bereit zu halten. Einfacher noch, als die intravenöse, ist die subcutane Bluttransfusion. Hier wird das vom Blutspender entnommene Blut direct mittelst der Hohlnadel (ohne Gummischlauchzwischenstück) unter Erhebung einer grossen Hautfalte in das Unterhautzellgewebe eingespritzt. Das Injectionsgebiet der Haut wird während des Einspritzens massirt. Die subcutane Blutinjection hat vor der intravenösen den grossen Vorzug, dass sie sich leichter und mit weniger Assistenz jederzeit ausführen lässt. Ferner bleibt hier die Reaction des Gesammtorganismus (Frost, leichte Albuminurie, Temperatursteigerung) aus. Als Nachtheil ist aber die Nothwendigkeit der Chloroformnarkose und die nachfolgende mehrtägige Schmerzhaftigkeit des ganzen Injectionsgebietes zu erwähnen. Die intravenöse Transfusion, vom Verf. in vielen Fällen von Anaemie und anderen Ernährungsstörungen ausgeführt, bietet bei genügender Berücksichtigung der angegebenen Cautelen, weder eine Gefahr, noch technische Schwierigkeiten, ist aber häufig von fieberhafter Reaction begleitet. In sehr seltenen Fällen tritt Haemoglobinurie auf. Phlebitis hat Z. nie beobachtet. An günstigen Wirkungen waren zu verzeichnen: Zunahme des Haemoglobingehaltes um mehrere Procente, Besserung des Allgemeinbefindens, Wiederkehr der gesunden Hautfarbe. Als secundäre Wirkungen bezeichnet Verf.: bleibende Erhöhung der Erythrocytenzahl und des Haemoglobingehalts, Besserung des Appetites und des Schlafes und vor Allem eine entschiedene Tendenz zu fortschreitender Hebung der Verdauung, Blutbildung und Innervation. In resistenten Fällen von Anaemie nach Blutungen und anderen Säfteverlusten, bei hartnäckigen Chlorosen erhalten die blutbereitenden Organe durch die Blutzufuhr scheinbar einen Anstoss zu frischerer Thätigkeit.

Abelmann.

N. Zuntz: Welche Mittel stehen uns zur Hebung der Ernährung zu Gebote? (Deutsche medicinische Wochenschrift Nr. 20.)

Z. weist zunächst auf die Prophylaxe der mangelhaften Ernährung hin und macht darauf aufmerksam, dass sehr oft in der frühen Jugend des Guten zu viel gethan werde. Man wendet eine allzu intensive, Wachsthum anregende Ernährung an, in der Hoffnung, die Kinder zu Prachtexemplaren zu erziehen. Durch eine zu eiweissreiche Nahrung und durch Anwendung solcher Mittel, welche auf die Verdauung und Ernährung einerseits, andrerseits auf die Entwicklung des Geschlechtsapparates einwirken, wozu namentlich die Extractionsstoffe des Fleisches gehören, wird eine rasche Entwicklung des Körpers erzielt, mit der aber nicht eine ebenso rasche Entwicklung des Geistes einhergeht; so erreicht man dann das Resultat, dass in einem voll entwickelten Körper ein kindlicher Geist steckt. Uebermässige Fleischzufuhr, ebenso wie verschiedene Genussmittel sind für Kinder ganz unerwünschte Reizmittel. In höchstem Maasse bedenklich ist der Alkohol in jeder Form; derselbe soll nur als Stimulans bei Krankheitszuständen verwendet werden. Für Kinder ist also die denkbar einfachste Ernährung (Brod, Butter, Milch) strenges Erforderniss. Bei der Therapie der mangelhaften Ernährung hat man immer 2 Gesichtspunkte im Auge: die Auswahl von nahrhaften Substanzen aus den 3 Gruppen der Nährstoffe und die Empfehlung von Substanzen, welche den Patienten dazu bringen, dass er genügende Speisemengen aufnimmt. Da leisten unter Umständen die Salzsäure, Bitterstoffe etc. gute Dienste. Viel wichtiger jedoch ist die zweckmässige Auswahl der Nährstoffe. Von den Eiweisskörpern wären namentlich die Peptone zu empfehlen, besonders Kemmerich's Fleischpepton. Z. hat die Erfahrung gemacht, dass die Einführung grosser Gaben von Pepton den Appetit zu heben vermag. Mehr wie 2—3 Tage lang braucht man die Peptone nicht zu geben; denn nachher kommt wieder genügender Appetit und die Ernährung kann mit den gewöhnlichen Eiweisskörpern wieder in Gang gebracht werden. Unter Umständen können auch Kohlehydrate (Zucker) den Appetit beeinflussen. Im Laboratorium von Z. wurden Mastversuche an Kaninchen angestellt; es wurden ihnen concentrirte Zuckerlösungen durch die Schlundsonde eingeführt. Bei der Section der getödteten Kaninchen zeigte sich, dass eine colossale Secretion stattgefunden hatte. Im Magen war Flüssigkeit mit vollen 2 pro Mille Salzsäure. Im Darm war in grossen Mengen das specifische Darmsecret vorhanden. Man kann also eine Secretion des normalen Magensaftes in reichlicher Menge durch eine Zuckerzufuhr erzielen. Von den Fetten empfiehlt Z. als sehr nahrhaft und verdaulich die von Mering eingeführte Kraftchokolade, von der man sehr grosse Mengen (bis 400 g. täglich) ohne Verdauungsstörungen vertragen kann. Was die Appetit erregende Wirkung des Alkohols anlangt, so meint Z., dass fuselartiger Branntwein grade auf die Geschmacksorgane einwirkt und so Appetit erzeugt. Dass die Fuselöl-Beimengung keine schädliche Wirkungen erzeugt, bewies Z., indem er vielen Personen concentrirtes Fuselöl in Gallertcapseln verabreichte und keine Beschwerden bei ihnen auftreten sah. Zum Schluss seines Vortrages macht Verf. auf die Blätter einer indischen Pflanze aufmerksam — Gymnema silvestre; dieselben löschen die Empfindung des Bitter und Süss aus. Wenn man mit einem Infus dieser Blätter den Mund ausspült, so schmeckt Zucker wie weicher Sand, 1 pCtige Chininlösung wie gewöhnliches Wasser mit einem leicht bitteren Beigeschmack. In manchen Fällen, wo Patienten durch subjective bittere oder süsse Geschmacksempfindungen gequält werden, könnte man das Mittel anwenden.

Abelmann.

L. Katz: Ueber die Anwendung einer 3%igen Chromsäurelösung gegen chronische Mittelohreiterung. (Therap. Monatsh. Nr. 7. 1893).

Verf. hat dieses Mittel in vielen Fällen von chronischer Otitis media mit sehr günstigen Resultaten angewandt. Am besten eignen sich für die 3%ige Chromsäure diejenigen Fälle, wo die Perforation ziemlich gross, die freiliegende Mittelohrschleimhaut stark geschwollen oder gewulstet erscheint. Die Anwendung ist folgende: Nachdem das Ohr durch lauwarme Ausspritzung gereinigt worden ist, werden 6—8 Tropfen der Lösung mittelst einer Pipette in's Ohr geträufelt, durch Druck auf den Tragus in die Mittelohrräume gepresst und ca. 2 Minuten darin gelassen, worauf wieder mit lauwarmem Wasser ausgespritzt wird. Das Mittel soll 3—4 mal wöchentlich angewendet werden; gewöhnlich schwillt die Schleimhaut bald ab und die Eiterung versiegt. Bei Kindern unter 2 Jahren ist das Mittel contraindicirt, weil die Lösung leicht verschluckt werden und Vergiftungserscheinungen hervorrufen kann. Nach den Erfahrungen des Verf. wirkt die Chromsäure viel energischer, als eine 5—10%ige Höllensteinlösung. Im Gegensatz zur Lapislösung dringt die Chromsäure tief und relativ leicht in die thierischen Gewebe ein; deshalb ist auch die Wirkung dieses Mittels sehr häufig eine gradezu frappante.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Egbert Braatz: Die Grundlagen der Aseptik und praktische Anleitung zur aseptischen Wundbehandlung. Stuttgart, Enke 1893.

Zu der auf der Tagesordnung stehenden Frage von der sogenannten aseptischen Wundbehandlung muss heutzutage jeder praktische Chirurg Stellung nehmen. Um das zu ermöglichen ist eine genaue Kenntniss der Grundlagen, auf die sich diese neueste Methode, die von ihren Anhängern mit grosser Sicherheit als Methode der Zukunft bezeichnet wird, stützt, unbedingt erforderlich aber sehr erschwert durch den grossen Umfang der in den allerverschiedensten Publicationen weit zerstreuten einschlägigen Literatur. Dem vorliegenden Buch, das einen durch zahlreiche selbstständige Arbeiten bekannten und daher durchaus competenten Autor zum Verfasser hat, ist angesichts des Mangels an zusammenfassenden Werken über den wichtigen Gegenstand eine weite Verbreitung sicher. Was sich zu Gunsten der «Aseptik» sagen lässt, findet sich in dem Buch in geschickter Gruppirung und zu weiterem Nachdenken und weiterem Forschen anregender Form zusammengetragen. Neben augenscheinlicher Belesenheit bekundet Verf. eine selbstständige consequente Denkweise. Freilich wird so mancher Ausspruch B.'s, der zu den extremen «Aseptikern» gehört, Widerspruch hervorrufen, vieles wird dem Leser nicht ganz so sicher und unwiderlegbar erscheinen wie dem Autor; doch ist das ja bei einem Gegenstand, der noch lange nicht abgeschlossen ist, unvermeidlich und der Sache nur förderlich: es ist schon viel gewonnen, wenn sichere Handhaben zur Discussion geboten werden.

Eine solche Discussion im Einzelnen gehört ja nicht in eine kurze Anzeige. Nur im Allgemeinen sei Ref. zu bemerken gestattet, dass die einzige «Grundlage der Aseptik», die moderne Bakteriologie, denn doch noch lange nicht so fest ist um darauf

eine für alle Zukunft feststehende Lehre aufzubauen. Ein in beständiger Umformung und Bewegung befindlicher Boden ist kein sicheres Fundament. Die praktische Chirurgie ist in ihren Resultaten nach Ansicht des Ref. auch im vorliegenden Fall der theoretischen Begründung durch die Bakteriologie weit vorausgeeilt; wie die Sache sich in Zukunft gestalten wird, dürfte schwer vorauszusagen sein. Wie dem auch sei, das Braatz'sche Buch enthält so manchen fruchtbaren Gedanken und sei deshalb allen Chirurgie treibenden Aerzten zur Lectüre empfohlen. Wanach.

C. Wegele: Die diätetische Behandlung der Magen-Darmerkrankungen mit einem Anhang: die diätetische Küche. Jena. Verlag von Gustav Fischer 1893.

Obgleich in den meisten Handbüchern über specielle Pathologie und Therapie, besonders in den neuerdings erschienenen Lehrbüchern über Verdauungskrankheiten die Diät besondere Berücksichtigung erfahren hat, wird trotzdem das vorliegende Werk, welches eine specielle Schilderung der bei den verschiedenen Erkrankungen in Betracht kommenden diätetischen Maassnahmen enthält, dem praktischen Arzt sehr willkommen sein. Verf. bespricht zunächst die allgemeinen diätetischen Grundsätze und giebt eine Classification der festen und flüssigen Nahrungsmittel nach dem Nährwerth und dem Grade der Verdaulichkeit. Den Haupttheil des Werkes nimmt die Beschreibung der diätetischen Behandlung bei acuten und chronischen Erkrankungen des Magendarmcanals ein; für jede Erkrankung schildert Verf. eingehend die verschiedenen diätetischen Maassregeln, dabei genaue Speisezettel angebend. Auch die nervösen Magen-Darmerkrankungen, wie die Secretions- und Motilitätsneurosen, Darmneurosen finden hier Berücksichtigung. Den Schluss des Werkes bildet eine genaue Anleitung zur Bereitung bestimmter, den geschwächten Verdauungsorganen angepasster Speisen und Getränke; es sind Kochrecepte, nach denen ohne Schwierigkeit die verordneten Speisen hergestellt werden können. Abelmann.

Minerva: Jahrbuch der gelehrten Welt. Herausg. von Dr. R. Kukula (Klagenfurt) u. K. Trübner (Strassburg i. E.) 2. Jahrgang. Strassburg, Verlag von Trübner. 1893.

Wir möchten die Leser unserer Wochenschrift auf dieses vorzügliche, in seiner Art einzig dastehende Nachschlagebuch aufmerksam machen. Dasselbe wird einem jeden literärisch thätigen oder für das Hochschulenwesen sich interessirenden Arzte willkommen sein. Während die bisher herausgegebenen Universitätskalender und ähnliche Publicationen, mit denen wir dieses Werk vergleichen könnten, nur die Hochschulen als solche, und auch nur diejenigen gewisser Länder berücksichtigten, bietet die «Minerva» eine Zusammenstellung aller akademischen und sonstigen selbständigen wissenschaftlichen Anstalten aller Länder der Erde. Hierdurch wird das Buch in der That zu einem Jahrbuch der gesammten gelehrten Welt. In alphabetischer Reihenfolge werden die Akademien, Universitäten, technischen und landwirthschaftlichen Hochschulen, Forstakademien, Thierarzneischulen, Observatorien, Bibliotheken, wissenschaftliche Museen, etc. aufgeführt. Bei einer jeden Anstalt ist der Personalbestand genau angeführt, bei vielen finden wir ausserdem Angaben über den materiellen Bestand, den Etat, über Geschichte und periodische Publicationen des Instituts. Von der grossen Genauigkeit der Angaben hat Ref. sich in Bezug auf die St. Petersburger Institute selbst überzeugen können, von denen nicht weniger als 17 aufgeführt sind, nämlich: Universität, Akademie der Wissenschaften, griechisch-orthodoxe und römisch-katholische geistliche Akademie, archäographische Commission, öffentliche Bibliothek, historisch-philologisches Institut, Rechtsschule, militär-juristische Akademie, Lyceum, militär-medicinische Akademie, technologisches Institut, Institut der Wege- und Wasserbauingenieure, der Civilingenieure, Berginstitut, Forstinstitut, botanischer Garten; vermisst hat Ref. nur zwei Anstalten: das klinische Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna und das Institut für Experimentalmedicin des Prinzen von Oldenburg. Einen besonderen Werth erhält das Buch durch die allem Anscheine nach sehr vollständigen Angaben über die amerikanischen, indischen, australischen u. a. aussereuropäischen Hochschulen. Eingangs finden wir eine lesenswerthe Abhandlung über die Universitätsverfassungen verschiedener Länder, am Schlusse ein alphabetisches Personalregister, welches die Namen fast aller im Dienste der Wissenschaft amtlich thätigen Gelehrten (Akademiker, Docenten, Observatoren, Bibliothekare etc.) enthalten mag. (ca. 18,500 Namen!) Für spätere Jahrgänge sind von den Herausgebern weitere Vervollständigungen in Aussicht genommen und gefällige Auskünfte erbeten, wogegen künftighin aus Raummangel die geschichtlichen Angaben leider fortfallen sollen. Ref. will es scheinen, dass einer unerwünschten Volumvergrösserung des Buches durch Wegfall der recht zahlreichen angehefteten Reclamen besser abzuhelfen wäre. Ein jeder Jahrgang wird durch das Bildniss eines weltbekannten Gelehrten geziert sein, (der vorliegende Band trägt dasjenige Mommsen's). Wir wollen auch nicht unterlassen, den bei aller Gedrängtheit und Feinheit vorzüglichen Druck auf dem guten Papier, sowie den geschmackvollen Einband und das handliche Format rühmend hervorzuheben. Blessig.

Prof. R. Kobert: Lehrbuch der Intoxicationen. Verlag v. F. Enke, Stuttgart 1893.

Das 816 Seiten starke Werk hat den bekannten Prof. der Pharmakologie und Director des pharmakologischen Institutes der Universität Jurjew (Dorpat) zum Verfasser und behandelt das grosse und für die Medicin mit jedem Tage an Interesse zunehmende Gebiet der Intoxicationen mit einer Sicherheit, der man eine umfassende Kenntniss der Literatur und eine gründliche Erfahrung im Laboratorium wohl ansehen kann. Seitdem das Studium der Stoffwechselproducte in den Vordergrund der bakteriologischen Forschung getreten ist, haben auch die Infectionskrankheiten ein hohes toxicologisches Interesse erlangt. Der zu behandelnde Stoff ist ein ungeheuer grosser und fühlt Verf. sich auch veranlasst vorauszubemerken, dass er ihn vom Standpunkte der Pharmakologie aus behandelt und sich bemüht hat ein Werk zu schaffen, das sowohl als Handbuch, als auch als Lehrbuch dienen könnte. Dieses ist ihm auch vollkommen gelungen. Das Buch ist mit einem erschöpfenden Register versehen und der praktische Arzt kann sich im Falle einer Vergiftung leicht und rasch orientiren. Dem Forscher im Laboratorium, besonders dem jüngeren, giebt das Buch die Untersuchungsmethoden an die Hand und führt ihn in die toxicologische Methodik ein. In dieser Beziehung sind die ersten 200 Seiten, der allgemeine Theil, von besonderem Interesse, besonders weil auch die einschlägige Literatur überall genau und vollständig angegeben ist. Der allgemeine Theil besteht aus zwei Abtheilungen. In der ersten giebt Verf. Allgemeines über Intoxicationen und leitet seine Ausführungen mit ihrer Geschichte ein. In der Absicht, bei dem Leser «Lust zu machen, sich einmal selbst mit der Geschichte der Intoxicationen zu beschäftigen», hat Verf. ein systematisches Verzeichniss der betreffenden Werke folgen lassen, was in der That ein solches Studium wesentlich erleichtert. Die zweite Abtheilung behandelt den Nachweis von Intoxicationen, den chemischen und physiologischen. Beim letzteren hat Verf. sich bemüht, Versuche an Warmblütern, besonders die, bei denen vivisectorische Eingriffe erforderlich sind, möglichst zu vermeiden und durch elementare zu ersetzen. Der specielle Theil behandelt die Stoffe selbst, welche Intoxicationen verursachen. Bei ihrer Eintheilung geht Verf. nicht von ihrem chemischen Charakter aus, sondern von der Art ihrer Wirkung, wornach sie alle in drei Gruppen zerfallen: 1) Stoffe, welche schwere anatomische Veränderungen der Organe verursachen, 2) Blutgifte und 3) Gifte, welche ohne schwere anatomische Veränderungen veranlasst zu haben, tödten können. Bei Besprechung der einzelnen Stoffe ist berücksichtigt worden: Aetiologie, Statistik, Wirkungsweise, Dosis letalis, Mortalität, Symptome, Diagnose, Prognose, Verlauf, Therapie, Sectionsbefund, Nachweis des Giftes und Literatur. Den Schluss des Buches bildet das Capitel der giftigen Stoffwechselproducte, von welchen allerdings nur die toxicologisch wichtigsten besprochen sind. Bei Besprechung ihrer Entstehung und der chemischen Natur ist den giftigen Eiweissen und eiweissartigen Substanzen ein besonderer Abschnitt gewidmet, indem auch die verschiedenen Theorien und Methoden der Immunisirung kurz referirt sind. Von giftig gewordenen Nahrungsmitteln ist Wurst, Fleisch und Käse besonders berücksichtigt. Unter den Autointoxicationen sind 16 der bekanntesten Erkrankungsformen, wie Ammoniämie, Urämie, etc. näher beleuchtet. Zur bequemeren Orientirung folgt dann noch eine chemische Classification der wichtigsten Stoffwechselproducte.

Kresling.

Auszug aus den Protokollen der Medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 17. März 1893.

Tagesordnung: «Cholera-Gefahr».

Nachdem Herr Meyer als Glied der städtischen Sanitäts-Commission im Allgemeinen über die Thätigkeit derselben in dieser Frage kurz referirt und ein in einzelnen Puncten etwas «rigoroseres» Vorgehn für wünschenswerth und erforderlich hält, weist zunächst Herr Kieseritzky auf die dringende Nothwendigkeit hin, dem grossen Publicum brauchbares Wasser zu beschaffen; zu dem Zweck müssten die «guten» Brunnen der allgemeinen Benutzung offen stehn, die «schlechten», deren es namentlich im III. Stadttheil eine Menge gebe, müssten polizeilich geschlossen werden. Herr v. Oettingen sen., Herr

Ströhmberg und Herr Sachsendahl glauben, dass die Hauptgefahr der Einschleppung der Cholera durch die Eisenbahn, Dampfböte und Lodjen gegeben sei und plaidiren für eine gründliche Visitation und für Anzeigepflicht der inspicirenden Aerzte. Herr Sachsendahl hält eine streng durchgeführte Quarantäne, namentlich der Lodjen an der Embach-Mündung für nothwendig und glaubt den Nutzen einer Quarantäne und strenger Observation bewiesen in der geringen Ausbreitung der Seuche in Tiflis im vorigen Jahre; er müsse allerdings hinzufügen, dass Tiflis über eine vorzügliche Wasserleitung verfüge.

Nachdem Herr v. Oettingen sen. angeführt, dass die Ausübung der Quarantäne durch die jüngsten Mittheilungen Pettenkofers misscreditirt seien, nachdem Herr Meyer Nishni-Nowgorod zur Zeit der Messe im vorigen Jahre gewissermassen als Gegenbeweis hinstellt, wünscht er und Herr Ströhmberg, dass die Sanitäts-Commission die Dampfböte und Eisenbahnzüge nur einer fortlaufenden Controlle unterziehen und die Lodjen-Besitzer zur Anzeigepflicht zwingen solle.

Zur Frage, wie man bei schon bestehender Cholera vorzugehn habe, weist Herr Meyer auf das von der Sanitäts-Commission zusammengestellte, weiterhin bestätigte und im Druck erschienene Regulativ hin, über die Eintheilung der Stadt in 13 Bezirke, über die Bildung von Sanitätscolonnen, über die Desinfection im Allgemeinen und Speciellen etc. — Um einer weiteren Verbreitung der Cholera mit Erfolg zu begegnen, hält Herr Meyer die wenn nöthig zwangsweise Ueberführung der Erkrankten ins Hospital und eine womögliche Evacuirung der Einwohner des inficirten Hauses für unbedingt erforderlich und stellt einen diesbezüglichen Antrag. Herr v. Oettingen sen. spricht sich, ganz abgesehn von der praktischen Undurchführbarkeit, gegen diesen Antrag aus, in der streng durchgeführten Zwangsmaassregel gegen Jedermann glaubt er eine zu weit gehende Einschränkung der persönlichen Freiheit zu sehn. — Auch Herr Ströhmberg ist gegen den Antrag in gestellter Form, der Kostenpunkt wäre zu berücksichtigen, ausserdem geben derartige Zwangsmaassregeln gar leicht Veranlassung zu Aufregung und Unruhen im Volk.

Es wird darauf der Meyersche Antrag mit folgender Modification angenommen, dass die Polizei nur dort eine zwangsweise Ueberführung der Erkrankten ins Hospital durchsetzen solle, wo in Miethcasernen und Arbeiterwohnungen durch Ueberfüllung eine grössere und schnellere Weiterverbreitung der Cholera vorauszusehn und zu befürchten wäre.

Sitzung am 7. April 1893.

Herr Lezius referirt über einen Fall von Missbildung an den weiblichen Genitalien.

Vor einiger Zeit behandelte Lezius ein 33 jähriges Bauermädchen, nullipara, welches wegen mehrere Wochen bestehender Menorrhagie ärztliche Hülfe suchte. — Nach Ausbreitung der grossen Labien erschien in der vulva ein solider ca. 1 Cm. dicker Querwulst, dessen der Mittellinie entsprechender Theil höher war als die beiden seitlichen Ansatzpunkte, die beiderseits oberhalb des Frenulum labiorum sich befanden. Diese quere Scheidewand setzte sich in die Scheide hinein fort und inserirte an der hinteren Vaginalwand fast auf der Hälfte derselben. Auf diese Weise schienen also bei äusserer Besichtigung geradezu 2 hintereinanderliegende Scheiden vorhanden zu sein. Die vordere derselben führte in eine normal gebaute Vagina. — Muttermund und Uterus wiesen normale Verhältnisse auf. Der hinter dem Querwulst befindliche 2. Introitus führte in einen ca. 5—6 Cm. langen Blindsack, in den der Finger leicht eindrang. Derselbe war ausgekleidet mit normaler Schleimhaut, welche Querfalten aufwies; in der Mittellinie eine Raphe, welche auch auf beiden Flächen der Querscheidewand vorhanden war. Nahe der Insertion in die hintere Vaginalwand liess sich ein circa bohnengrosser Körper durchtasten, von ziemlich harter Consistenz, der Damm wies keine Abnormitäten auf. — Die beschriebene Missbildung hat der Patientin, die keine Ahnung davon hatte, keinerlei Beschwerden verursacht. — Herr Lezius ist geneigt, den Fall so zu erklären, dass die Querscheidewand durch eine congenitale divertikelartige Vorstülpung von sich bildendem Mittelfleische her entstanden ist. Eine Verbildung von Seiten der Müllerschen Gänge zur Erklärung dieses Falles heranzuziehen, scheint Lezius nicht gut möglich zu sein. In der Literatur, so weit sie ihm zugänglich war, hat Vortragender nirgends einen ähnlichen Fall beschrieben gefunden und ist daher geneigt, eine derartige Missbildung für ein ausserordentlich seltenes Vorkommniss zu halten.

2. Herr v. Gernet hält seinen Vortrag: Ueber Struma (wird demnächst publicirt werden).

3) Herr Jaesche referirt über den weiteren Verlauf eines Falles von Embolie der Centralarterie der Netzhaut, den er bereits im Mai vorigen Jahres hier in der Gesellschaft besprochen hat; ferner spricht J. über einen Fall von Netzhaut-Ablösung (publicirt in einer fachwissenschaftlichen Zeitschrift).

Sitzung am 21. April 1893.

I. Herr Kessler hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Pigment-Zellen.

Herr Kessler spricht über Zellen, welche von ihm bei Gelegenheit der Untersuchung der eigenthümlichen Befunde in einem Tumor der vorderen Muttermundlippe im Archiv für Gynaekologie Band 38 bereits beschrieben, dadurch sich auszeichnen, dass sie in den mit Carmin intensiv gefärbten Präparaten eine gesättigt gelbe Farbe zeigen, während die in grosser Zahl vorhandenen Kerne die Carminfärbung vollständig angenommen haben. Damals war über die Herkunft dieser Zellen nichts Sicheres zu ermitteln gewesen; jetzt kann der Vortragende Präparate vorlegen, wo dieselben nicht nur in den Gefässen vorhanden, sondern auch im Moment des Austrittes durch die Gefässwand resp. einige solche Zellen zur Hälfte noch innerhalb zur Hälfte schon ausserhalb des Gefässes zeigen Ueber die Art der Entstehung dieser Zellen in den Gefässen können vor der Hand nur hypothetische Angaben gemacht werden. Redner schliesst mit Hinweisen auf die möglicher Weise praktische Wichtigkeit des Vorkommens dieser Zellen.

(Der Vortrag wird publicirt werden.)

II. Herr Ströhmberg: Ueber die Brunnen Dorpats.

Die geographische Lage Dorpats in und an dem sumpfigen Thale des Embach (107 über dem Meere) zwischen Wirzjärw (115′) und Peipus (100′) garantirt ihm eine reichliche Menge guten (Carl Schmidt) Trinkwassers. Die zu beiden Seiten des Thales belegenen Plateaus (bis 260′ hoch) bergen ausserdem die reichhaltigen Alexander- und Carlsströme. Vortragender theilt die Brunnen Dorpats nach dem Ursprung ihres Wassers in 3 Kategorien: 1) die flachen, im Thale belegenen, vom Torfmoore gespeisten, 2) die auf und an den Plateaus belegenen, von den erwähnten Strömen oder kleineren Adern versorgten (Wasserniveau im Domgraben 26′, beim Malzmühlenteich 15,5′ über dem Niveau des Embach), 3) die artesischen, bis 100′ und mehr unter das Niveau des Embach eindringenden, nach Ansicht des Vortragenden vom Wirzjärw, den Sümpfen (Sangla, Ullila) und dem Embach gespeisten Tiefbrunnen. — Für die Brunnen der ersten Kategorie haben die Carl Schmidt'schen Untersuchungen eine arge Verunreinigung des ursprünglich guten Wassers nachgewiesen, herrührend von den Abfallstoffen, welche seit Bestehn der Stadt den Torfboden bis zur Uebersättigung imprägnirt haben, weshalb diese Brunnen als Trinkwasserquellen zu meiden sind. Die Brunnen der 2. Kategorie erschliessen ein sehr gutes brauchbares Wasser, erfordern aber eine ausserordentlich sorgfältige, das Eindringen des verunreinigten Grundwassers verhindernde Construction der Schachte. Die Brunnen der 3. Kategorie liefern ein tadelloses Wasser, welches nun bei Vernachlässigung der primitivsten Vorsichtsmaassregeln Gefahr läuft, verunreinigt zu werden. An der beigefügten Zusammenstellung von Schmidtschen und Dragendorff'schen Analysen je eines Brunnens der aufgestellten Categorie wurden dieselben unter einander, sowie mit dem Schmidtschen Dorpater Normalquellenwasser verglichen.

Auf 10,000 aq.	I*	II**	III***	IV†
SO_3	1,37	0,06	0,02	0,0891
Cl	3,75	0,12	0,12	0,0642
N_2O_5	4,39	0,30	0,028	0,0559
PO_5	0,11	0,0012	0,000	0,0062
HN_3	0,02	0,028	0,001	0,0046
CaO	4,02	0,88	0,475	1,1550
MgO	2,79	0,23	0,281	0,3733

*I. Brunnen der ersten Kategorie: Ecke der Carlowa und Lodjen-Strasse.

**II. Brunnen der zweiten Kategorie: Neuer Dombrunnen.

***III. Brunnen der dritten Kategorie: Neuer Hospitalbrunnen.

†IV. Dorpater Normalquellwasser nach C. Schmidt.

Erwähnt wurden ferner die bekannten bakteriologischen Brunnenuntersuchungen Prof. Körbers aus jüngster Zeit, welche im Grossen und Ganzen für die Brunnen der ersten Kategorie einen bedeutenden, für die der letzteren, z. B. des Hospitalbrunnen, einen minimalen Bakteriengehalt nachgewiesen haben. Zum Schlusse gab der Vortragende einige praktische Winke über die seiner Ansicht nach für Dorpat zweckmässigste Einrichtung eines Tiefbrunnens unter Hinweis auf den unter seiner Leitung eingerichteten artesischen Brunnen im Bezirkshospital.

Z. Z. Secretär: Robert Koch.

Vermischtes.

— Aus Baden-Baden kommt die Trauerkunde, dass der hiesige, auch in weiteren Kreisen bekannte Arzt, wirkl. Staatsrath Dr. Eduard Bary, langjähriger älterer Ordinator am hiesigen Marien-Magdalenen-Hospital, am 16/28. Juli daselbst aus dem Leben geschieden ist. Einen ausführlicheren Nekrolog bringen wir nächstens.

— Ein soeben hier eingetroffenes Telegramm der «Agenzia Stefani» meldet, dass der XI. internationale medicinische Congress und die mit demselben verbundene internationale Ausstellung in Rom vom Executiv-Comité auf den April 1894 verlegt worden ist.

— Der Professor emer. und ordentliche Professor der Botanik an der Universität Jurjew (Dorpat), Dr. Ed. Russow ist auf ein weiteres Jahr im Dienste belassen worden.

— Zum Nachfolger des Professors Dr. Arthur von Oettingen auf dem Lehrstuhl der Physik an der Universität Jurjew (Dorpat) ist der bisherige Privatdocent der Moskauer Universität, Fürst Golizyn, ernannt worden und zwar als stellv. ausserordentlicher Professor.

— Der ordentliche Professor der militär-medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Dr. Slawjanski, ist als Director des unentgeltlichen Gebärasyls im hiesigen Hafen bestätigt worden, mit Belassung in dem bisherigen Amte.

— Ernannt; der ausserordentliche Professor der Universität Kiew, Colleg.-Rath Dr. Podwyssotzki — zum ordentlichen Professor der allgemeinen Pathologie an dieser Universität; der Privatdocent der Moskauer Universität, Dr. Mitropolski, — zum ausseretatmässigen ausserord. Professor auf dem Lehrstuhl der speciellen Pathologie und Therapie in Moskau.

— Befördert: Zu Geheimräthen — der Medicinalinspector des Donschen Kosakenheeres, wirkl. Staatsrath Dr. Petrowski und der Corpsarzt des 7. Armeecorps, wirkl. Staatsrath Dr. Mileiko, — beide unter gleichzeitiger Verabschiedung auf ihr Gesuch, mit Uniform.

— Zum Oberarzt des hiesigen städtischen Marien-Magdalenen-Hospitals ist an Stelle Dr. S. W. Possadski's, welcher Oberarzt des städtischen Alexanderhospitals zum Andenken an S. P. Botkin geworden, von der städtischen Hospitalcommission der ältere Ordinator des genannten städt. Barackenhospitals, Dr. N. J. Tschernjajew gewählt worden.

— In Riga sind zwei Posten von Stadtsanitätsärzten neu creirt worden, für welche die DDr. W. Rieder (bisher Werroscher Kreisarzt, früher auch Arzt am Obuchowhospital in St. Petersburg) und W. Kaschin (ebenfalls ein Schüler der Dorpater Universität) vom Rigaschen Stadtamt gewählt und von der livländischen Medicinalverwaltung bestätigt worden sind. Den Sanitätsärzten werden gleichzeitig die medicinisch-polizeilichen Functionen übertragen.

— Verstorben: 1) Am 11. Juli in Jurjew (Dorpat) Dr. August Hartmann im 29. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung an der Universität Dorpat erhalten, an welcher er von 1884—88 studirte. Nach Absolvirung des Arztexamens war H. anfangs Assistent am Bezirkshospital in Dorpat, darauf Arzt auf den Gütern der Fürstin Schachowskoi im Gouv. Pensa (Burtass). Ein chronisches Lungenleiden hat seinem Leben ein Ziel gesetzt. 2) Am 28. Juni in Warschau der Stadtarzt von Luzk (Gouv. Wolhynien) Peter Gawrilow, 39 Jahre alt, an Pyämie in Folge von Nekrose des Unterkiefers. Der Verstorbene war sowohl bei seinen Collegen, als auch bei seinen Patienten sehr beliebt und erfreute sich daher einer ausgebreiteten Praxis, hat aber trotzdem seine Frau mit zwei Kindern mittellos hinterlassen. 3) In Dwinsk (Dünaburg) der dortige Arzt Leo Krom plötzlich im 38. Lebensjahre. Der Heimgegangene hat sich Liebe und Achtung in allen Schichten der Bevölkerung erworben; dafür sprechen die Reden welche am Grabe gehalten wurden und die grosse Menschenmenge, welche seinem Sarge folgte. 4) Am 9. Juli in Czenstochau der dortige Kreisarzt Iliodor Muljewitsch im 65. Lebensjahre. 5) In Strassburg der Professor der Zoologie Dr. Justus Carrière an Diphtherie im 39. Lebensjahre. Der Verstorbene war ein Enkel des grossen Chemikers Liebig und in München geboren und erzogen. Seine wissenschaftlichen Arbeiten beziehen sich hauptsächlich auf die vergleichende Gewebelehre. 6) In Palermo der Director der dortigen medicinischen Klinik, Prof. Luzzato, von dem noch vor Kurzem ein Werk über die Krankheiten der Circulationsorgane erschien und 8) Im Kreise Kusnezk (Gouv. Saratow) die beiden Landschaftsärzte Dolgow und Strachowitsch am Flecktyphus, welche sie bei der Bekämpfung der dort herrschenden Epidemie sich zugezogen hatten.

— Zum Präsidenden des vom 3.—11. Januar 1894 in Moskau stattfindenden IX. Congresses russischer Naturforscher und Aerzte ist der Professor der Moskauer Universität K. A. Timirjasew und zum Secretär der Professor derselben Universität A. A. Tichomirow ernannt worden.

— Die Königin von England hat dem langjährigen Leibarzt des Prinzen von Wales, Dr. W. H. Broadbent, die Baronetwürde verliehen.

— Die Annahme von Meldungen zum Eintritt von Abiturienten der classischen Gymnasien in die Zahl der Studirenden der militär-medicinischen Academie ist bereits in der vorigen Woche geschlossen worden. Es werden nur diejenigen, welche nicht weniger als 4 Bälle im Durchschnitt bei der Maturitätsprüfung erhalten haben, aufgenommen werden. Verheirathete und Personen jüdischer Confession werden gar nicht aufgenommen.

— Der Privatdocent für Balneologie an der Moskauer Universität, Dr. D. P. Dubelir beabsichtigt in Moskau ein neues medicinisches Journal unter dem Titel «Bibliothek des Arztes» (Библіотека врача) herauszugeben.

— Napoleon I. verausgabte für seine Aerzte, Pharmaceuten, Dentisten und Hühneraugenoperateure über 201,000 Frcs. jährlich. Dr. Corvisart erhielt 30,000 Frcs. und 4,500 Frcs. als Zulage. Dr. Halle bezog 15 000 Frcs. und die therapeutischen und chirurgischen Consultanten je 3,000 Frcs. jährlich. Ausserdem erhielt der Dentist 6000 Frcs., der Hühneraugenoperateur 2400 Frcs. und 7 Pharmaceuten zusammen 23,000 Frcs. Dr. Dubois welcher bei der schweren und langdauernden Entbindung der Kaiserin Marie Luise als Geburtshelfer fungirte, antwortete auf die Frage Napoleon's, was er für seine Mühe zu erhalten wünsche: «beaucoup d'honneurs et beaucoup d'argent» und erhielt 100,000 Frcs. und den Baronstitel. (France méd. — Russ. Med.)

— Bekanntlich ist der Zustand der Kliniken der Universität Tomsk wegen der unzureichenden Mittel ein recht trauriger. Der Reichsrath hat nun neuerdings die Verfügung getroffen, dass die Einnahmen von dem freien Verkauf der Arzneien in der klinischen Apotheke der Tomsker Universität zur Verbesserung des Zustandes der dortigen Kliniken verwandt werden.

— Die englische medicinische Zeitschrift «The Sanitary Record» versichert alle ihre Jahresabonnenten gegen Unglücksfälle bei Reisen auf Eisenbahnen, Flüssen und dem Ocean. Die Angehörigen erhalten im Todesfalle des Abonnenten 100 Pfd. Sterling (gegen 1000 Rbl. nach dem gegenwärtigen Curse) ausgezahlt.

— Die von ausländischen Blättern gebrachte und auch in die einheimische Presse übergegangene Nachricht, der Professor der Pharmacie an der Universität Jurjew (Dorpat) Dr. G. Dragendorff beabsichtige aus seinem Lehramt auszuscheiden und nach Deutschland überzusiedeln, erweist sich als völlig unbegründet. Nach einer von der «N. Dörptsch. Ztg.» eingezogenen Information beabsichtigt Prof. Dragendorff noch keineswegs seine Lehrthätigkeit an der genannten Universität aufzugeben.

— Die Choleraepidemie breitet sich in Russland in der letzten Zeit weiter aus; es nimmt die Zahl der Gouvernements, in denen Cholerafälle vorkommen, immer zu, wenn auch die Zahl der Erkrankungen keine so grosse ist, wie im vorigen Jahre. An der Spitze steht noch immer das Gouvernement Podolien, wo in der Zeit vom 27. Juni bis 10. Juli 1165 Personen erkrankten und 350 starben. In Podolien sind vom Beginn der Epidemie gegen 11,000 Menschen erkrankt und gegen 4000 der Seuche erlegen. Von den Städten Russlands weisen Orel und Moskau die grösste Zahl von Cholerafällen auf. In Orel erkrankten vom 4.—10. Juli 97 Personen und starben 33. In der Stadt Moskau waren vom 17. auf den 18. Juli 77 Cholerakranke in Behandlung, am 18. erkrankten auf's Neue 16 Pers. starben 12 und genasen 5 Personen, so dass vom 18. auf den 19. Juli 76 Personen in Behandlung verblieben. In der Stadt Kiew, wo die Cholera neuerdings auch wieder aufgetreten ist, betrug die Zahl der Cholerakranken am 17. Juli 5 Personen; es kamen an diesem Tage 8 Neuerkrankte hinzu, es starben 2, genas 1 und blieben am 18. Juli in Behandlung 10 Personen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 18. Juli d. J. 5655 (22 mehr als in der Vorwoche), darunter 261 Typhus — (37 mehr), 535 Syphilis — (3 wen.) 52 Scharlach — (— Vorw.) 6 Diphtherie — (5 mehr) 19 Masern — (9 weniger), und 22 Pockenkranke (1 mehr als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Bei dem Gouvernements-Landschaftshospital in Wladimir ist der Posten des Oberarztes erledigt. Der Bewerber muss Dr. der Chirurgie sein und an einem grösseren Hospital als Ordinator gedient haben. Gehalt 1500 Rbl. Fahrgelder 300 Rbl. jährlich nebst freier Wohnung. Die Meldung geschieht unter Beifügung der Documente bis zum 15. Aug. c. bei der «Владимірская Земская Управа».

2) Im Kloster Ssolowez (im Weissen Meere) ist bei dem Klosterhospital der Posten eines Arztes mit den Rechten des Staatsdienstes creirt. Gehalt 1225 Rbl. jährlich (daven 612 R. Gage und 613 R. Tischgelder) mit vollständig eingerichteter Wohnung und Bedienung. Die Frauen der verheiratheten Aerzte können nur im Sommer beim Kloster sich aufhalten, in den Wintermonaten ist Personen weiblichen Geschlechts das Wohnen beim Kloster streng verboten.

3) Von der Subzow'schen Landschaft (Gouv. Twer) werden Aerzte für den Fall des Auftretens der Cholera im Kreise Subzow gesucht. Die Meldung nebst Angabe, welche monatliche Remuneration beansprucht wird, ist an die «Зубцовская Земская Управа zu richten.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 11. bis 17. Juli 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
323	285	608	167	73	82	9	11	12	47	46	39	39	37	32	12	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 13, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 4, Scharlach 7, Diphtherie 1, Croup 2, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 16, Erysipelas 6, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 78, Tuberculose anderer Organe 3, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 32, Krankheiten des Verdauungscanals 160, Todtgeborene 26.

Bad Homburg. Wirksame Brunnenkur bei Magen- und Unterleibsleiden, Gicht und Anaemie.

Kurort Salzbrunn, Schlesien. Heilbewährt bei Erkrankungen der Athmungsorgane und des Magens, bei Scrophulose, Nieren und Blasenleiden, Gicht, Hämorrhoidalbeschwerden und Diabetes.

Saxlehner's Bitterwasser Hunyadi Janos. Nach Gutachten ärztlicher Autoritäten zeichnet sich dieses natürliche Purgativ durch folgende Vorzüge aus: Prompte und sichere Wirkung; milder Geschmack; geringe Dosis; auch bei längerem Gebrauche keine Verdauungsstörungen. Indication: Habituelle Stuhlverstopfung; Leberleiden; Gelbsucht etc. Neuerdings auch in der zahnärztlichen Praxis mit Erfolg angewendet.

Дозв. ценз. Спб. 23 Іюля. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 31 St. Petersburg, 31. Juli (12. August) **1893**

Zur Casuistik der acuten primären haemorrhagischen Encephalitis.

Vortrag, gehalten den 12. April 1893 in der medicinischen Gesellschaft zu Wilna.

Von

Dr. L. Stembo.

Gestatten Sie mir, meine Herren, Ihnen kurz über eine Krankheit, die bei uns noch wenig bekannt ist, von der aber in der deutschen Literatur schon eine ziemliche Menge von Fällen beschrieben worden ist, Mittheilung zu machen, — ich meine die acute primäre hämorrhagische Encephalitis.

Strümpell[1]) war es, der auf diese Krankheit die Aufmerksamkeit lenkte, indem er zwei solche Fälle mit bestimmten klinischen Erscheinungen und pathologisch-anatomischen Veränderungen beschrieb. Der Name dieser Krankheit rührt auch von ihm her.

Dann theilte Professor Leichtenstern[2]) in der medicinischen Gesellschaft zu Köln vier einschlägige Fälle mit.

Darauf folgte eine Reihe von Mittheilungen von Senator[3]), Fürbringer[4]) Königsdorf[5]) Schmidt[6]) und Anderen.

Ausführlich handelt über diesen Gegenstand Bücklers[7]) der die Fälle Leichtensterns genauer beschreibt und alles bis jetzt darüber Bekannte zusammenfasst.

Aus allen diesen Mittheilungen geht hervor, dass die acute haemorrhagische Encephalitis sich meistens bei bis dahin vollkommen gesunden Personen entwickelt und sofort mit schweren Hirnerscheinungen einsetzt. Die Kranken werden apathisch, darauf somnolent und endlich verfallen sie in einen comatösen Zustand, aus dem sie gewöhnlich nicht mehr erwachen. Die Krankheit kann auch apoplektiform, mit vollkommener Bewusstlosigkeit, beginnen. Dem Depressionszustande kann ein kurz dauernder Aufregungszustand vorhergehen, wie auch ein Prodromalstadium, in Erbrechen, Schwindelgefühl und Kopfschmerzen bestehend. Im weiteren Verlauf können dann für die Localisation des Processes wichtige Herdsymptome, wie Mono- oder Hemiplegien, Nackenstarre etc. eintreten.

Die Pupillen sind oft verengt und reagiren auf Licht, oder sie sind weit und ohne Reaction. Die Reflexe sind meist erhöht. Der Darm ist aufgetrieben

Besondere Beachtung verdienen Temperatur, Puls und Respiration. Die Krankheit beginnt gewöhnlich mit einem Schüttelfrost und schneller Temperaturerhöhung, die bis zum Tode anhält, um vor demselben noch höher zu steigen. Die Temperatur kann aber auch während der ganzen Krankheit normal bleiben oder nur wenig in die Höhe gehen (38,0) und nur in der Agone stark steigen.

Die Respiration wird in den meisten Fällen früher oder später bedeutend beschleunigt gefunden und nicht selten nimmt sie den Cheyne-Stokes'schen Charakter an.

Auch die Pulsfrequenz geht stark in die Höhe und kann die Zahl 200 erreichen, kann aber auch verlangsamt gefunden werden um nur sub finem vitae die genannte Frequenz zu erreichen.

Die Milz ist in manchen Fällen vergrössert gefunden worden, einmal fand sich auch Roseola vor. Im Harn wird weder Zucker noch Eiweiss gefunden. Bei zwei Kranken stellte sich schwerer Decubitus ein.

Der Verlauf der Krankheit ist ein schneller und endet in der allergrössten Zahl der Fälle mit dem Tode in einigen Tagen, ja sogar Stunden (20), in weniger rapid verlaufenden Fällen können auch leichte kurz dauernde Besserungen eintreten. Vom Beginn der Krankheit bis zur völligen Bewusstlosigkeit vergehen nur einige Tage, oft nur Stunden. Die ganze Krankheit kann auch länger sechzehn bis zweiundzwanzig Tage, dauern.

[1]) Archiv f. klin. Medicin. 1891, Bd. 47. S. 53.
[2]) Deutsche med. Wochenschrift. 1892. Nr. 2, S. 39.
[3]) Deutsche med. Wochenschrift. 1891, Nr. 49, S. 1337.
[4]) Deutsche med. Wochenschrift. 1892, Nr. 3, S. 45.
[5]) Deutsche med. Wochenschrift. 1892, Nr. 9, S. 182.
[6]) Deutsche med. Wochenschrift. 1892, Nr. 31, S. 703.
[7]) Archiv f. Psychiatrie und Nervenkr. Bd. XXIV. 1892, Heft 3, S. 730.

Die Prognose ist eine sehr schlechte, obwohl schon in der Literatur Fälle mit günstigem Ausgang bekannt sind (Fürbringer[8]), Friedrich Müller[9]).

Der acute, meist fieberhafte Verlauf, die zweimal constatirte Milzvergrösserung, das oft vorhandene Prodromalstadium sprechen dafür, dass wir es mit einer Infectionskrankheit zu thun haben, deren Natur indessen einstweilen nicht bekannt ist.

Manchmal wird diese Krankheit nicht primär, sondern secundär nach ulceröser Endokarditis, Influenza und Scharlach beobachtet.

Ich selbst sah einen Fall der in Frage stehenden Krankheit im Verlauf des Morbus maculosus Werlhofii entstehen.

Das verhältnissmässig häufige Vorkommen der haemorrhagischen Encephalitis nach Influenza veranlasste Dr. Bücklers die Pfeiffer-Canon'schen Influenzabacillen in dem Hirne solcher Kranken zu suchen, das Resultat fiel aber negativ aus. Dass die Influenza mit Recht als Ursache der hämorrhagischen Encephalitis angesehen werden kann, wird dadurch wahrscheinlich gemacht, dass nach mehrfacher Beobachtung die Influenza eine Neigung der verschiedensten Organe zu Congestionen und Blutungen hervorruft. Althaus (Influenza its pathology, symptoms, complications und sequels. London 1892, pag. 67) nennt das «hämorrhagic tendency» der Influenza.

Pathologisch-anatomisch findet man an verschiedenen Stellen beider Hemisphären des Hirns entzündliche Herde, die schon makroskopisch zu erkennen sind. Diese Herde bestehen aus zahlreichen, kleinen punktförmigen Haemorrhagien, die grosse Aehnlichkeit mit Flohstichen haben, wesswegen Fürbringer diese Krankheit Flohstichencephalitis genannt hat. Die zwischen diesen Blutungen sich befindende Hirnsubstanz ist oft erweicht und grau verfärbt. Der durch mannigfache Gefässzerreissungen und Blutungen bewirkten Unterbrechung des Blutstromes kann sich leicht eine secundäre Thrombose anschliessen.

Die beschriebenen Veränderungen findet man am häufigsten in folgenden Hirntheilen: Centrum semiovale Vieussenii, Corpus striatum, Thalamus opticus, Lobus temporalis, Pons, Medulla oblongata, Cerebellum und Gyrus frontalis tertius

In länger dauernden Fällen werden neben den frischen Hämorrhagien auch ältere gefunden, die sich durch das Vorhandensein von Pigment, gewucherten Gliazellen und jungen Capillarsprossen documentiren.

Die Milz wird oft vergrössert gefunden, im Darm aber wird nie etwas Pathologisches constatirt, was sehr wichtig ist, da wir dadurch besonders in Fällen, wo auch Roseola vorhanden war, die sogenannte cerebrale Form des Abdominaltyphus ausschliessen können.

Bei der Begründung der Diagnose, die in manchen Fällen unüberwindliche Schwierigkeiten bieten kann, müssen folgende Krankheitsformen in Betracht gezogen werden: Hirnhämorrhagie, Hirnembolie, Hirngeschwülste, Hirnabscess, Hirnsinusthrombose, Coma diabeticum und Coma uraemicum und Meningitis.

1) Bei bedeutenden Hirnhämorrhagien, denn nur solche können zur Verwechselung Veranlassung geben, sinkt, nach den Untersuchungen von Trousseau[10]), Charcot[11]) und meinen eigenen Beobachtungen, die Körpertemperatur gleich nach dem Eintritt der Bewusstlosigkeit unter die Norm, um erst nach 12—24 Stunden die Höhe zu erreichen, die bei der hämorrhagischen Encephalitis gleich beim Verlust des Bewusstseins gewöhnlich zu finden ist. Bei Apoplexie treten die Lähmungserscheinungen zugleich mit derselben ein, bei unserer Krankheit stellen sie sich, wenn überhaupt, gewöhnlich viel später ein. Ausserdem befällt diese Encephalitis meistens jugendliche und früher vollkommen gesunde Individuen, während die Hirnhämorrhagie ältere an Arteriosclerose Leidende trifft.

2. Was die Hirnembolie betrifft, so gilt in Bezug auf Lähmungen das von der Hämorrhagie Gesagte. Dann ist hier der Verlauf selten ein so stürmischer und mit so hoher Temperatur verbundener wie bei der Encephalitis. Bei der Embolie wird sich auch eine Quelle für dieselbe auffinden lassen (Endokarditis, Aneurysmen, Lungengangrän etc.)

3. Hirngeschwülste und

4. Hirnabscesse können manchmal latent verlaufen und dann mit einem Male mit der hämorrhagischen Encephalitis ähnlichen Symptomen in Erscheinung treten, besonders der Abscess beim Durchbruch in einen der Hirnventrikel, und dann wird es auch sehr schwer sein sie zu unterscheiden.

5. Auch die Hirnsinusthrombose, wenn sie bei jugendlichen Individuen apoplektiform beginnt und mit hoher Temperatur und tiefem Coma verläuft, wird von der uns interessirenden Krankheit zu unterscheiden ganz unmöglich sein, wenn nicht locale Oedeme, Exophthalmus u. s. w. zu Hülfe kommen.

6. Coma diabeticum und

7. Coma uraemicum können durch eine Urinuntersuchung ausgeschlossen werden.

8. Fälle, die nicht ganz acut einsetzen, mit Kopfschmerzen, Erbrechen und verlangsamtem Puls unter hohem Fieber beginnen, wenn dabei Nackenstarre und weite, nicht oder wenig reagirende Pupillen fehlen, können Veranlassung zur Annahme einer der Meningitisformen, besonders der tuberculösen basilaren Meningitis geben. Der Meteorismus, die Intactheit der Augenmuskulatur (keine Ptosis, kein Strabismus), Fehlen des Erbrechens und der Mangel eines primären tuberculösen Herdes bei der acuten hämorrhagischen Encephalitis werden zur Differentialdiagnose von der genannten Meningitis vollkommen genügen.

Die Therapie kann bis jetzt nur eine symptomatische sein.

Im Verlauf des letzten Jahres habe ich im Verein mit anderen Collegen vier Fälle beobachtet, die meiner Meinung nach zu der im Titel benannten Krankheit gehören und die ich cursorisch Ihnen mittheilen will.

Ich muss aber im Voraus bemerken, dass meine Diagnose «acute hämorrhagische Encephalitis» sich nur auf die grosse Aehnlichkeit des klinischen Bildes meiner Fälle mit der genannten Krankheit stützt, denn leider konnte in keinem dieser Fälle eine Autopsie gemacht werden.

Diese Fälle sind folgende:

I. Frau F. 29 Jahre alt, hereditär nicht belastet. Menses mit vierzehn Jahren, immer regelmässig, mit neunzehn Jahren verheirathet, hat vier vollkommen gesunde Kinder geboren.

Anfang Mai vorigen Jahres erkrankte sie mit einer unbedeutenden Erhöhung der Temperatur (38,5) und Kopfschmerzen. Am achten bis neunten Tage der Erkrankung wurde sie bewusstlos unter neuer Steigerung der Temperatur.

Die Pupillen waren von mittlerer Grösse und reagirten schwach, keine Ptosis, kein Strabismus. Augenhintergrund normal.

Kein Ausschlag, weder Herpes noch Roseola. Von Seiten der Lungen und des Herzens nichts Abnormes. Der Leib ist etwas aufgetrieben, die Milz scheint nicht vergrössert zu sein. Puls und Athmung beschleunigt. Leichte Rigidität der Nacken- und Extremitätenmuskulatur. Reflexe leicht erhöht. Nach zweitägigem comatösem Zustande trat der Tod ein. Keine Lähmungen, keine Convulsionen und kein Erbrechen. Diese Kranke haben auch die Herren Collegen Ssamochwalow und Rosenkranz gesehen.

II. A. R., ein blasser und magerer, aus stark neuropathisch belasteter Familie stammender achtzehnjähriger Jüngling: ein Onkel von ihm litt an folie circulaire, ein zweiter Onkel ist ein Sonderling, Grossvater und Vater Potatoren. Er selbst war als Kind wenig begabt, lernte schwach.

Im April vorigen Jahres begann er an starken Kopfschmerzen zu leiden, wurde niedergeschlagen, verlor den Appetit und

---

[8]) L. c. S. 47.

[9]) Berliner klin. Woch. 1890, Nr. 37, S. 847.

[10]) Clinique médicale, t. II, p. 12, 2. édition.

[11]) Oeuvres completes, t. IX, p. 92, 1890.

wurde schlaflos. Darauf verfiel er in einen comatösen Zustand, der nach vierundzwanzig Stunden in den Tod überging. Die Temperatur blieb die ganze Zeit normal, Puls und Athmung waren einwenig beschleunigt, aber regelmässig. Die Pupillen mässig weit, zeitweise ohne Reaction. Reflexe normal. Keine Convulsionen, keine Lähmungen und kein Erbrechen. Leichte Rigidität der ganzen Körpermuskulatur. Weder in den Lungen, noch am Herzen, noch in den Abdominalorganen war etwas Abnormes zu finden. Urin enthielt weder Zucker noch Eiweiss. Die ganze Krankheit verlief in siebzehn Tage.

III. Der 24 jährige, bis dahin vollkommen gesunde und aus gesunder Familie stammende H. bemerkte vor sieben Wochen Blut im Urin, das sich nach einiger Zeit unter passender Medication verlor. Darauf bemerkte er auf der Oberfläche seines Körpers zahlreiche kleine, auf Druck nicht schwindende Flecke, dazu gesellten sich noch leichte Zahnfleischblutungen. Vor einigen Tagen empfand er Schmerzen im rechten Bein, dabei stellten sich auch Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit ein. Zwanzig Stunden vor dem Tode verfiel er in einen comatösen Zustand, aus dem er nicht mehr erwachte. Als ich ihn in diesem letzten Zustande sah, konnte ich Folgendes constatiren: Pat. ist ein stark gebauter, wohl proportionirter, mit gutem Fettpolster versehener junger Mann. Er nimmt die passive Rückenlage ein und macht den Eindruck eines ruhig Schlafenden. Die Pupillen sehr weit und ohne Reaction, kein Strabismus, keine Ptosis, Mund nicht verzogen. Die Zunge ist rein, Schlingen ist nicht möglich. Herz und Lungen vollkommen normal. Der Leib aufgetrieben, Milz nicht vergrössert. Leichte Spannung sämmtlicher Muskeln, stärker rechterseits, wo auch die Reflexe verstärkt sind. Die Haut ist mit einer ziemlichen Menge kleiner stecknadelkopfgrosser Petechien bedeckt. Der mittelst Katheter entnommene Urin erwies sich als frei von Albumen und Zucker. Temperatur 40° C., Puls 120. Respiration 40 p. m. Keine Lähmungen, keine Convulsionen und kein Erbrechen. Diesen Kranken besuchten mit mir zusammen die Collegen Dembowski und Kohan.

IV. Den 13. Februar d. J. erkrankte die bis dahin vollkommen gesunde (keine Diarrhoeen, keine Pneumonie, keine Bronchitis, kein Eczem, keine Lymphdrüsenschwellungen), von völlig gesunden Eltern stammende vierjährige Tochter eines Collegen. Vor fünf bis sechs Wochen ist das Kind von einem hohen Kinderstuhl gefallen, ohne sich jedoch eine offene Wunde zugezogen zu haben. Einige Tage vor der Erkrankung machte Patientin bei ziemlich grosser Kälte einen weiten Gang und zog sich eine Angina mittlerer Schwere zu, mit Temperatur von 38,5° C., regelmässigem Puls und Athmung. Am dritten bis vierten Tage liessen die Zeichen der Angina nach, die Temperatur sank auf 37,5, aber die sonst muntere Kleine wollte nicht aus dem Bette.

Am 17. Februar konnte man eine leichte Unregelmässigkeit des Pulses constatiren, einen Tag darauf wurde derselbe auch verlangsamt (68—72), hin und wieder seufzte sie.

Am 18. Februar schien die Milz etwas vergrössert, der Darm war aufgetrieben. Puls und Athmung unregelmässig, Stuhl angehalten, Kernig's Symptom wenig ausgesprochen. Kein Herpes, keine Roseolaflecke, keine Nackenstarre. Nach der Einnahme von Calomel ein- bis zweimaliges Erbrechen, sonst weder vor- noch nachdem in der ganzen Krankheit Erbrechen.

Am 19. und 20. Febr. klagte sie über Leib- und rechtseitige Kopfschmerzen und lag mit stark an den Leib gezogenen Extremitäten. Cris und toches cephaliques, Kernig'sches Symptom ausgesprochen. Leichte Somnolenz, rechte Pupille weiter, als die linke, beide träge auf Licht reagirend. Geringe Deviation conjugnée beider Augen nach links. Auf hemiopische Erscheinungen konnte sie nicht untersucht werden. Die Exploration der Ohren ergab eine Trübung beider Trommelfelle mit Abschwächung des Reflexes und Unsichtbarwerden des Hammergriffes, rechts sind die Erscheinungen stärker ausgesprochen. Eine Hörprüfung konnte nicht gemacht werden. Percutorische Empfindlichkeit des Kopfes war nicht vorhanden, an den Warzenfortsätzen äusserlich nichts zu bemerken. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Temperatur in dieser ganzen Zeit 37,8—38,2.

Am 21. Februar starke Deviation der Zunge nach links, am 22. Febr. Parese der rechten Körperhälfte, stärker ausgesprochen am Arme als am Bein, keine Betheiligung des Facialis. Zähneknirschen. Ophthalmoskopisch sind keine besonderen Veränderungen am Augenhintergrunde gefunden worden (keine Stauungspapille, keine Tuberkel).

Am 23. Febr. plötzliches Ansteigen der Temperatur bis auf 39,5—7, diese hielt mit leichten Remissionen zwei Tage an, um wieder auf 37,2—38,0 zu sinken. Keine Kopfschweisse. Sopor.

Vom 24. Febr. ab Coma, das Kind kann nur durch Klystiere gefüttert werden. Leichte Zuckungen in den Nackenmuskeln.

Vom 21. bis zum 28. wurde der Puls frequenter (100) und regelmässiger. Die Respiration nahm den Cheyne-Stokes'schen Typus an und wurde nur zwei Tage vor dem am 2. März erfolgten Tode regelmässig.

Leichte Rigidität der Extremitätenmuskulatur vom ersten März an, als der Puls 140—160 Schläge machte und Nackenstarre sich einstellte.

Am 2. März war der Puls nicht mehr zu fühlen und in der Nacht starb die kleine Patientin unter neuer starker Erhöhung der Temperatur und stark schnarchender Respiration. Das ganze Krankheitsbild war wechselvoll: die oben geschilderten Krankheitszeichen waren zu verschiedenen Zeiten eines und desselben Tages verschieden stark ausgesprochen. Während der ganzen Krankheit keine Ptosis, kein Strabismus, weder Reiz- noch Lähmungserscheinungen im Gebiete des Facialis, keine Convulsionen, keine kahnförmige Einziehung des Leibes.

Referate.

Prof. M. Schüller: Chirurgische Mittheilungen über die chronisch rheumatischen Gelenkentzündungen. (Archiv für klinische Chirurgie (Langenbeck) Band 45. Heft 1).

Gestützt auf die Beobachtung eines Krankenmaterials von 116 meist längere Zeit behandelten Fällen entwirft Verf. ein ausführliches Bild der chronisch rheumatischen Gelenkentzündungen. Er unterscheidet 3 Formen derselben:

Die erste Gruppe repräsentiren die Fälle, die zunächst nur Schmerzen der Gelenke auf Druck, bei Bewegungen oder beim Kaltwerden der Glieder aufweisen. Nur bisweilen sind mässige derbere Verdickungen der Kapsel zu finden. Weitaus in der Mehrzahl der Fälle waren aber ausserdem noch kleine derbe Knötchen zu constatiren. Dieselben sind vergrösserte, chron. entzündete, stark vascularisirte Synovialfortsätze, sog. Gelenkzotten und sitzen besonders an den Randzonen der Gelenkknorpel. Sie bewirken das Knirschen bei Bewegungen. Flüssigkeitsansammlung in den Gelenken ist seltener. Der Knorpel selbst ist meist völlig intact. Die Beschwerden bestehen in Schmerzen und Bewegungsstörungen, bedingt durch Flüssigkeitsergüsse oder Anschwellungen der Zotten, ferner in Stellungsveränderungen und Subluxationen. Die Bewegungsstörungen gehen nie bis zur Unbeweglichkeit und führen nicht zu Verwachsungen. Meist erkranken mehrere Gelenke zugleich.

Die zweite Gruppe ist gekennzeichnet durch eine Steigerung der Erscheinungen. Mächtige Zottenbildungen bei Erhaltung des Knorpelüberzuges. Nur an den Randzonen, wo die Zottenentwickelung am stärksten ist, wird das Knorpelgefüge gelockert, mehr bindegewebig verändert, zuweilen vascularisirt. Drucknsuren kommen vor, auch Contracturen und Atrophie der Muskeln.

Die dritte Gruppe nennt Verf. Arthritis chron. rheumatica ankylopoetica — die ankylosenbildende Form. Es kommt hier zur bindegewebigen und schliesslich knöchernen Verwachsung der Gelenke.

Die Mehrzahl der Patienten gehört den mittleren Jahren an. Der Hauptträger der Krankheit ist in allen drei Gruppen die Synovia und hier wieder die Synovialfortsätze. Hüter hatte das Vorhandensein letzterer ganz geleugnet, Verf. versucht nachzuweisen, dass dieselben in jedem Gelenke vorhanden seien an typischen Stellen, nämlich an der Faltung der Synovialis. Die Erkrankung besteht zunächst in einer Vergrösserung dieser Synovialfortsätze. Es entstehen daraus die Gelenkzotten, die den Gelenkraum bald ausfüllen, ihn ausdehnen und so zu Schmerzen, unförmlicher Umgestaltung, Bewegungsstörungen und Stellungsveränderungen der Gelenke führen. Die mikroskopische Untersuchung zeigt die Synovialkapsel selber chron. entzündlich verdickt und mehr weniger beträchtlich vascularisirt. Im Fettgewebe liegen Entzündungsheerde, zum grösseren Theile aus relativ grossen, breiten und spindelförmigen Zellen mit auffallend grossem Kerne bestehend, welche Verf. auf eine entzündliche Proliferation oder Hyperplasie des vorhandenen lockeren interstitiellen oder die Gefässe begleitenden Bindegewebes zurückführt. Die Gefässe zeigten verdickte Wandungen und Schlängelungen, vielleicht durch Stauungsvorgänge. Die Endothelschicht der Synovia ist stets vorhanden, häufig sitzen ihr nur durch das Mikroskop nachweisbare Zotten auf, die lediglich aus grosskernigen Zellen bestehen. In diesen, wie auch in den tieferen Entzündungsheerden und neben den Gefässzügen waren stets einzelne runde, meist kurze, stäbchenartige Gebilde resp. Bacillen mit 2 glänzenden Polkörnchen zu sehen. — Die Resultate der genauen bakteriologischen Untersuchung wird Verf. später veröffentlichen.

Im frisch geöffneten Gelenke stellen die Zotten rothe netz- oder kolbenförmige Gebilde dar, die sehr reich an Blutgefässen sind. Histologisch wiederholen sie die Gewebsverhältnisse der Synovialis. Bald zeigen sie einen grossen centralen Fettgewebskern, bald ist dieser erdrückt durch Bindegewebszellen. Es handelt sich zweifellos um einen chron. Entzündungsprocess der Synovialis und nicht um eine geschwulstartige Entwickelung, daher proponirt Verf. die alte Bezeichnung Lipoma arborescens für die Gelenkzotten fallen zu lassen.

Was die Aetiologie anbetrifft, spricht Verf. die Vermuthung aus, dass die in den Gelenken gefundenen Coccen resp. Bacillen

mit der Erkrankung in Zusammenhang stehen, zumal er auch aus Impfflüssigkeit, die er durch Einstich einem Gelenke entnommen, in Bouillongelatine gleichgeformte kurze Bacillen sich entwickeln sah.

Die Behandlung dieses Leidens hat bisher fast ausnahmslos in Darreichung von Antipyrin, Natr. benzoicum, Salicylsäure, Guajacol u. a. und in Bädern, Douchen und Massage bestanden. Nur in Fällen der ersten Gruppe hat Verf. bei dieser Behandlung Besserung oder Heilungen beobachtet, bei stärkerer Zottenbildung empfiehlt er daher die Arthrektomie. die er 4 mal am Knie, 1 mal am Ellenbogengelenke in dieser Veranlassung ausgeführt. Die möglichst vollständige Exstirpation der Kapsel sammt den aufsitzenden Zotten unter thunlichster Erhaltung des Bandapparates muss zu erreichen erstrebt werden. Nachher soll das Gelenk mit Jodoformglycerin vollgegossen und die Wunde primär geschlossen werden. In allen Fällen sind die Patienten von den Schmerzen befreit worden und unter sorgfältiger Nachbehandlung, Douchen, Bäder und Massage eine sehr wesentliche Besserung resp. die Wiederherstellung der Gebrauchsfähigkeit der Gelenke erzielt worden. Die Fälle der 2. und 3. Gruppe sollten nicht endlos mit Bädern behandelt sondern zuerst dem Chirurgen übergeben werden. Nachher trete die Bäderbehandlung wieder in ihr Recht. Je früher aber die Operation erfolge, desto bessere Resultate würden auch erzielt werden können. Gernet.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Fritz Elsner: Die Praxis des Chemikers. Verlag von L. Voss, Hamburg und Leipzig 1893.

Seitdem die Medicin zu der Erkenntniss gelangt ist, dass es viel leichter ist vor Erkrankung zu schützen, als mit den bewährtesten Mitteln zu heilen, ist die Hygiene zu einem der wichtigsten Zweige der medicinischen Wissenschaft geworden. Mit jedem Tage kommen wir häufiger in die Lage hygienische Untersuchungen zu machen. Nahrungs- und Genussmittel, Gebrauchsgegenstände und Handelsprodukte sind es, die in den Kreis solcher Analysen hineingehören und diesen Gegenständen ist auch das Elsner'sche Buch gewidmet. Die Vorzüge desselben, die durch die Nothwendigkeit einer fünften Auflage, in der das Buch vor uns liegt, zur Genüge anerkannt sind, bestehen in der reichen praktischen Erfahrung des Verf., die bei der Wahl der Methoden und bei der ganzen Behandlung des Stoffes, voll zur Geltung gekommen ist. Aus der grossen Menge der neuen Untersuchungsmethoden sind nur die zweifellos brauchbaren angegeben, alle möglichst kurz, aber deutlich beschrieben. Ausserdem hat die fünfte Auflage eine zeitgemässe Umarbeitung erfahren. Viele Kapitel sind neu hinzugekommen, viele gemäss dem heutigen Stande der Wissenschaft erweitert und umgearbeitet. Das Buch bietet eine Menge werthvoller praktischer Winke, sein Inhalt ist reichhaltig, der Preis nicht hoch (10 M.) und wir können es allen, die hygienisch-chemische Untersuchungen ausführen müssen, bestens empfehlen.

Kresling.

Prof. Dr. Jos. Moeller: Lehrbuch der Arzneimittel-Lehre. Wien 1893. Verlag von Alfred Hölder.

Die Existenzberechtigung eines neuen Lehrbuches der Pharmakologie neben den bereits vorhandenen vortrefflichen Werken von Binz, Nothnagel und Rossbach, Husemann, Schmiedeberg, Bernatzik und Vogl sieht Verf. in dem Umstande, dass die meisten Lehr- und Handbücher der Arzneimittellehre in Folge einer praktisch unzweckmässigen Anordnung des Stoffes sehr schwer zu bewältigen sind. Verf. hat sich nun das Ziel gesteckt dem Mediciner eine klare Einsicht in die Wirkungsweise der Arzneistoffe zu geben, ohne dabei «sein Gehirn mit Gedächtnisskram zu überlasten». Dieses Ziel sucht Verf. durch eine eindringliche, Interesse erregende Darstellung und durch die Eintheilung des Stoffes nach den therapeutischen Leistungen zu erreichen. (Wir erlauben uns hier die Bemerkung, dass Professor Kobert in Dorpat bereits 1886 in seinen Vorlesungen über Arzneimittellehre dieses Eintheilungsprincip durchgeführt und dadurch seinen Zuhörern und Schülern das Studium dieser Disciplin erleichtert und interessant gemacht hat).

Das vorliegende Werk bietet alles Dasjenige, was der praktische Arzt wissen muss, wenn er seine Kranken mit Verständniss und Nutzen behandeln will. Vieles, was rein theoretischen Werth hat, ist vom Verf. fortgelassen worden. Es ist leicht verständlich, dass bei solch einer Eintheilung Wiederholungen nicht vermieden werden können; für den Studirenden sind übrigens solche Recapitulationen von grossem Vortheil.

Wir zweifeln nicht, dass dieses zweckentsprechende Werk die ihm gebührende Anerkennung und recht viele Freunde finden wird. Die Ausstattung ist recht gut.

Abelmann.

Prof. Dr. Behring: Die Geschichte der Diphtherie. Mit besonderer Berücksichtigung der Immunitätslehre. Leipzig, Verlag von Georg Thieme, 1893.

Die experimentellen Ergebnisse der blutserumtherapeutischen Arbeiten des Verf. sind bereits mehrmals in unserer Wochenschrift besprochen worden; in jüngster Zeit hat sich Behring besonders mit der Gewinnung des Diphtherieheilserums beschäftigt, und sind bereits Heilungsversuche an Menschen angestellt worden. Obgleich man die Resultate noch nicht übersehen kann, scheint es doch, dass wir in dem Blutserum diphtherieimmunisirter Thiere ein Mittel besitzen, das Besserung und Heilung den diphtheriekranken Menschen gewähren kann. Es hat nun Behring unternommen eine zusammenfassende Darstellung der Immunisirungsmethoden und der mit dem Diphtherieheilserum angestellten experimentellen Forschungen zu geben. Sehr zweckmässig schickt Verf. dieser Darstellung einen geschichtlichen Ueberblick über die Entwickelung der Lehre von der Diphtherie voraus. Besonders eingehend würdigt er die mit bewunderungswürdiger Klarheit von Bretonneau (1826) dargelegten epidemiologischen klinischen und pathologisch-anatomischen Beobachtungen über die Diphtherie. In einem besonderen Capitel werden die aetiologischen Forschungsergebnisse von Löffler, Roux und Yersin abgehandelt, wobei Verf. auf die Eigenschaften des Diphteriegiftes zu sprechen kommt. In dem nun folgenden Abschnitt liefert B. eine historisch-kritische Uebersicht über die klinischen Beobachtungen und experimentellen Untersuchungen, betreffend die Heilung und Verhütung der Krankheit und wendet sich sodann zu den Errungenschaften der jüngsten Zeit — dem Capitel der Blutserumtherapie. Ausführlich bespricht er die wichtigen Merkmale des Diphtherieheilserums und seine Eigenschaften. Den Collegen, die sich besonders für die Frage der Diphtherieheilung interessiren, empfehlen wir die Anschaffung dieses Werkes.

Abelmann.

Mittheilungen

aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

3. März 1893.

Mittheilungen über die Influenza.

Dr. Krannhals eröffnet die Discussion mit der Mittheilung, dass seinen persönlichen Erfahrungen nach eine eigentliche Influenzaepidemie augenblicklich in Riga nicht herrsche, denn eine Massenerkrankung, wie im Winter 1889/90 liege nicht vor. Gegenwärtig handele es sich um das gehäufte Auftreten charakteristisch verlaufender acuter Katarrhe der Respirationsorgane von ausgesprochen infectiösem Charakter und sei es der heutigen Discussion eigentlich noch vorbehalten, diese Katarrhe als Influenza anzuerkennen oder nicht.

Dr. Krannhals hat in 5 an Personenzahl ziemlich grossen Familien ein fast gleichzeitiges Erkranken sämmtlicher Familienmitglieder und auch des Dienstpersonals erlebt, ausserdem eine ganze Reihe von Erkrankungen einzelner Personen.

Meist handelte es sich um Folgendes: plötzliche Erkrankung ohne nachweisbare Ursache, meist mit, zuweilen aber auch ohne einen Schüttelfrost, abendliches Ansteigen der Temperatur auf 39—40°, intensiver Kopfschmerz, sehr oft auch Rückenschmerz, so dass man an Variola erinnert wurde, stark ausgesprochenes allgemeines Krankheitsgefühl, auffallende Kraftlosigkeit. Bei der objectiven Untersuchung war meist nichts weiter, als eine lebhafte Röthung der Nasen-, Rachen- und Larynxschleimhaut zu constatiren. Meist in 3 Tagen ist die Temperatur wieder zur Norm zurückgekehrt, die Rachenschleimhaut noch ein paar Tage geröthet, um dann ebenfalls wieder normal zu werden. Dieses war der Verlauf in ungefähr der Hälfte der Fälle. In einer anderen Reihe von Fällen brach am 3. oder 4. Krankheitstage, nachdem das Fieber und die Allgemeinerscheinungen sich schon wieder vermindert hatten, ein mächtiger Schnupfen los, der dann seinen gewöhnlichen Verlauf nahm, in anderen Fällen zugleich mit einer heftigen Bronchitis oder vielmehr Tracheitis. Auch Otitis media und Katarrh einer Stirnhöhle kam zur Beobachtung.

Eine Erkrankung der Lunge selbst hat Dr. Krannhals in seiner eigenen Praxis nur ein Mal gesehen. Es handelte sich um einen ca. handgrossen pneumonischen Herd im rechten Unterlappen; Sputum nicht pneumonisch; Resolution nach einer Woche. In der consultativen Praxis hatte Dr. Krannhals Gelegenheit, eine Pneumonia migrans zu sehen, welche ätiologisch kaum anders als durch Influenza erklärt werden konnte.

Drei Mal wurde unter plötzlichem hochfieberhaften Erkranken und baldigem Auftreten eines acuten Nasenrachenkatarrhs eine fast über den ganzen Körper verbreitete Urticaria beobachtet. Auf die Influenzanatur dieser Hautaffection konnte man schliessen, weil 1) die übrigen Familienglieder Influenza

hatten und 2) weil der eine dieser Patienten schon gelegentlich der ersten Influenzaepidemie mit einer Hautaffection erkrankt war.

Von sonstigen Hautaffectionen kam mehrmals Herpes zur Beobachtung, namentlich bei Kindern.

Einmal kam im Verlaufe einer immer wieder recidivirenden Influenza eine acute hämorrhagische Nephritis zur Beobachtung.

Wie bei der Influenza von 1889/90 ist auch bei den gegenwärtig vorkommenden Krankheitsfällen die Häufigkeit von Recidiven zu notiren. In mehreren Fällen kam es zu je 3 Recidiven, die schnell auf einander folgten. Die ebenerwähnte Frau mit Nephritis bekam, während sie eben an der einen dritten Anfall darstellenden Nephritis zu Bette lag, gar einen vierten Anfall: Schüttelfrost, bedeutende Temperatursteigerung, acut einsetzenden Schnupfen.

Nach einem Influenzaanfall nachbleibende Neuralgien konnte Dr. K. 4 Mal constatiren. In 2 Fällen schwanden dieselben bei Fortgebrauch von Salipyrin, in 2 anderen hielten sie sich lange und machten die Anwendung des constanten Stromes nothwendig.

Fünf Mal sah Dr. K. nach einem typischen Influenzaanfall mit hohem Fieber und Katarrh der oberen Respirationswege einen sogenannten steifen Nacken auftreten. In 4 dieser Fälle handelte es sich um eine Affection des einen mscl. sternocleidomast. Der Muskel war gespannt, fühlte sich hart und, mit der gesunden Seite verglichen, deutlich verdickt und geschwellt an; dabei starke Schmerzhaftigkeit. Im fünften Fall handelte es sich um die Nackenmuskulatur und den linken Deltoideus, welche 2 Tage lang die ebengeschilderten Veränderungen darboten.

Dr. Huff erwähnt einen Fall von Meningitis bei einem Knaben in einer Familie, wo bereits 4 Influenzafälle vorlagen. Das Krankheitsbild entsprach dem einer Meningitis cerebrospinalis; am 6. Tage trat völlige Taubheit ein. Am 7. Tage fiel die Temperatur unter starkem Schweiss von 39,8 auf 36,8 und ist Pat. gegenwärtig bis auf die Taubheit völlig gesund.

Dr. Hampeln hebt hervor, dass auch in diesem Jahr, besonders aber im Herbst die Zahl der Influenzafälle sehr beträchtlich gewesen sei, der Eindruck einer Epidemie aber desshalb nicht entstanden sei, weil die Erkrankungen sich auf einen längeren Zeitraum vertheilen und nicht eine gleichzeitige Massenerkrankung wie vor 3 Jahren stattgefunden habe. Der Verlauf der von ihm beobachteten Fälle sei im Allgemeinen leichter gewesen, als vor 3 Jahren. Auch in seinen Fällen ist hauptsächlich der Respirationsapparat, besonders in den oberen Theilen afficirt gewesen, während der Digestionstractus nur in einzelnen Fällen betheiligt war. Fälle ohne Localerscheinungen habe er nur ganz vereinzelt gesehen. Hierher gehörten 2 Fälle bei Säuglingen von 6 Wochen, welche beide unter hohem Fieber und ziemlich heftigen Allgemeinerscheinungen ohne jeden localen Befund erkrankten und nach einigen Tagen genasen.

17. März 1893.

Mittheilungen über die Influenza (Fortsetzung von der vorigen Sitzung.)

Dr. Deubner hat erst seit Mitte Januar zahlreichere Fälle von Influenza beobachtet. Viele waren sehr wenig charakteristisch, sodass nur der Umstand, dass alle Familienglieder in derselben Weise erkrankten, die Diagnose «Influenza» ermöglichte. Es bestand meist nur mässiges Fieber und ein Katarrh der oberen Luftwege. Schwere Erscheinungen des Initialstadiums, besonders Schüttelfröste und sehr hohe Temperaturen hat Dr. Deubner in diesem Jahre nicht beobachtet: auch der weitere Verlauf war leichter, als vor 3 Jahren.

Auffallend oft war der Pharynx stark afficirt. Das Reconvalescenzstadium war oft protrahirt und mit starkem Schwächegefühl verbunden, Neuralgien traten in demselben sehr häufig auf. Aehnliche Erkrankungen des Sternocleidomastoideus, wie Dr. Krannhals sie erwähnt, hat auch er beobachtet, dieselben verschwanden im Verlauf von 4 Tagen. In 2 Fällen beobachtete er atypisch verlaufende Pneumonien, von denen eine letal endete. Erwähnung verdiene, dass im Krankenhaus die beiden Nachbarn eines Influenzakranken bald nach dessen Aufnahme ebenfalls Influenza bekamen.

Dr. Dehio berichtet, dass in der Anstalt Rothenberg 26 Fälle von Influenza zur Beobachtung kamen. In 13 Fällen hat die katarrhalische Form auf mit zum Theil sehr hartnäckigen Bronchialkatarrhen. Zwei Fälle boten das Bild der Pneumonie dar, in beiden erfolgte am sechsten Tage die Krisis. In 7 Fällen handelte es sich um eine mehr nervöse Form mit schlechtem Allgemeinbefinden, Neuralgien und Muskelschmerzen, besonders im Sternocleidomastoideus. Waren einzelne Fälle auch über die ganze Anstalt zerstreut, so kam die Mehrzahl doch gruppenweise in einigen Abtheilungen vor.

Dr. Mercklin hat in der diesjährigen Epidemie nur in 2 Fällen das Auftreten von Psychosen nach Influenza gesehen. In beiden Fällen war die Influenza nur das auslösende Moment, denn der eine Fall war schon früher krank gewesen und der zweite stammte aus einer belasteten Familie.

Dr. Donner hat im Februar mehrere kleine Hausepidemien beobachtet. Bei mehreren Kindern war der Kehlkopf so schwer afficirt, dass bereits die Tracheotomie in Erwägung gezogen werden musste. Vorzüglich wirkte in diesen Fällen ein auf den Kehlkopf applicirtes Vesicans.

Dr. Voss hat von Seiten der Ohren weniger und weniger schwere Complicationen als vor 3 Jahren beobachtet. Vor 3 Jahren musste er mehrfach den proc. mast. aufmeisseln, während er jetzt nur einige Paracentesen des Trommelfells vorzunehmen hatte. Empyem der Stirnhöhlen hatte er 1889/90 nicht zu constatiren Gelegenheit, während er gegenwärtig einen derartigen Fall in Behandlung hat.

Dr. Grüning hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber Schutzpockenlymphe».

(Der Vortrag ist in der Petersb. medicinischen Wochenschr. erschienen).

Dr. Dehio hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber einige pathologische Schlafzustände».

(Der Vortrag ist in der Petersb. medicinischen Wochenschr. erschienen).

Dr. Tiling glaubt, dass die Bezeichnung «Schlaf» für die von Dr. Dehio geschilderten Zustände nicht ganz zutreffend sei, da ausser der schlafähnlichen Bewusstlosigkeit diese Fälle doch auch eine grosse Anzahl anderer Symptome zeigten.

Dr. Dehio erkennt die Berechtigung dieses Einwandes an und hat die Bezeichnung «Schlaf» nur in Ermangelung einer besseren gewählt, denn die übrigen von verschiedenen Seiten in Vorschlag gebrachten Namen seien noch weniger geeignet, weil dieselben auch für andere pathologische Zustände gebraucht würden.

7. April 1893.

Dr. Mercklin stellt eine 40-jährige paranoische Patientin vor, bei welcher sich seit 1889 sehr allmählich Symptome eines Hirntumors (vermuthlich eines Tuberkels) in der linken motorischen Region eingestellt haben. Die typischen Anfälle von corticaler Epilepsie werden hier durch eine vom linken Arm ausgehende sensible Aura eingeleitet, welcher während der anfallsfreien Zeit paretisch ist, Verlust des stereognostischen Sinnes zeigt und stets leichte Zuckungen in isolirten Muskelgebieten aufweist (Demonstration). Auch die linke untere Extremität zeigt leichte Parese. Augenhintergrund normal, kein Druckpuls. Zu Beginn der Anfälle hat Patientin ein zusammenziehendes Gefühl im Arm und hört eine Stimme, die ihren Namen ruft; den Sitz dieser Stimme verlegt sie in den betroffenen Arm.

Die vom Vortragenden aufgeworfene Frage, ob vielleicht in diesem Fall eine Operation indicirt sei, verneint Dr. Bergmann, weil Hirntumoren meist nicht gut abgegrenzt seien und man bei der Operation daher grössere Theile des Gehirns mit entfernen müsste.

Dr. Voss stellt eine Patientin mit einem operirten Hirnabscess vor.

E. F., Mädchen, 21 a. n., hat vor 10 Jahren Scarlatina gehabt, von der Zeit an beiderseits Ausfluss aus den Ohren, das Hören nur möglich bei Hineinsprechen in das Ohr. Sie wurde 22 October 1892 mit schweren Hirnerscheinungen in die innere Abtheilung des Krankenhauses aufgenommen, häufigem Erbrechen, Kopfschmerzen, Durchfällen. Seit 4 Tagen ist sie in dieser Art erkrankt und soll schon 2 Mal in früheren Jahren unter denselben Erscheinungen in dieser Abtheilung gelegen haben. Das Sensorium ist frei, keine Ungleichheiten im Gesicht, keine Nackensteifigkeit, keine Stauungspapille; die rechte Pupille ist grösser als die linke, träge reagirend, der Puls zwischen 80 und 40 schwankend. Die Augenbewegungen auf beiden Seiten gleich; das Erbrechen dauert bis zum 5. Nov. in abnehmender Stärke, macht am 6. Nov. eine Pause, tritt am 7. Nov. noch einmal auf, um nun ganz aufzuhören. Die höchste Temperatur während dieser Zeit 37,8. Da auch der Kopfschmerz geschwunden und Pat. sich wohl fühlt, wird sie am 23. Nov. entlassen und der Ohrenambulanz zugewiesen, denn es hatte sich am letzten Tage stinkender Eiter im linken Gehörgange gezeigt. Die Diagnose lautete bis dahin: tuberculosis chron. pulm.; tuberculosis cerebralis. Bei genauerer Untersuchung des Ohres ergab sich beiderseits Verlust des Trommelfells und der Gehörknöchelchen, links reichlich dicker stinkender Eiter, keine Granulationen, keine Senkung der hinteren oberen Gehörgangswand; ca. 1 Zoll hinter dem linken Ohr, gut fingerbreit über der oberen Gehörgangswand eine alte, dem Knochen adhärente stark druckempfindliche Narbe. Hierauf interpellirt, giebt die Schwester der Pat. an, Kopfschmerz und Erbrechen seien sehr häufig dagewesen bis zur Besinnungslosigkeit; hin und wieder sei dann an der Stelle, wo die Narbe sitze, Röthung aufgetreten, es hätte sich Eiter entleert, dann wäre Alles wieder gut geworden. Von objectiven Symptomen bestand sonst nur noch die grössere Weite der rechten Pupille. Am 2. December wurde zur Operation geschritten und zwar, da doch vielleicht der ganze Symptomen-

complex durch eine Eiteransammlung im proc. mast. mit Usur der oberen Wand und Druck auf das Hirn hervorgebracht sein könnte, zur Aufmeisselung des Zitzenfortsatzes. Hier boten sich insofern abnorme Verhältnisse, als der sinus transv., die dura und der äussere Gehörgang ganz nahe an einander lagen. Ohne auf ein antrum zu stossen, gelangte man mit Fortnahme der hinteren oberen Gehörgangswand in die Paukenhöhle. Mit gekrümmter Knopfsonde das Dach derselben absuchend, kam man durch die obere Decke in einen taubeneigrossen Abscess im Schläfelappen, mit rahmigem riechendem Eiter gefüllt. Vom Knochen wurde noch soviel nach hinten und oben zu weggemeisselt, dass die Dura $1^1/_2$ cm. lang und 1 cm. breit frei lag, die Oeffnung hierhin erweitert und ein kleinfingerdickes Drain eingeschoben. Occlusivverband. Am Tage nach der Operation stieg die Temperatur auf 37,9 und 38,2, um dann wieder auf 36,7 abzufallen. Es stellte sich eine Parese des linken Facialis ein, die Pupille blieb rechts weiter, als links; keine Stauungspapille. Am 12. December Schwellung des linken oberen Augenlides, Temperatur am 13. Dec. Abends 40,0. Da eine Stauung im Abscess vorzuliegen schien durch schlechte Function des Drains, wurde die ganze Abscesshöhle durch Wegnahme der Schädeldecke über derselben (5 cm. lang, 2 cm. breit) freigelegt, gespalten und tamponirt (13. Decem.) Dabei erwies sich die Höhle als vollkommen leer. Am nächsten Tage wurde es klar, dass es sich um ein Erysipel handelte, welches über das Gesicht herabzog. Nur sehr langsam füllte sich die Abscesshöhle mit Granulationen, vom hinteren Rande der Knochenwunde stiess sich ein ca. 3 mm. breiter Streifen nekrotisch ab, die Facialisparese verschwand erst nach Ablauf von 2 Monaten, jetzt ist eine etwa $1^1/_2$ Quadratcentimeter grosse oberflächliche Stelle noch nicht mit Epidermis bedeckt. Die Pupillendifferenz ist jetzt bei ruhigem Verhalten der Pat. nicht vorhanden, tritt aber sofort bei Erregung derselben auf.

Dr. M. Treymann hält seinen angekündigten Vortrag: «Casuistische Mittheilungen zur operativen Gynäkologie.»

(Der Vortrag erscheint in extenso im Druck).

Z. Z. Secretär: C. Dahlfeld.

Vermischtes.

— Ernannt: Der Consultant des Moskauer Militärhospitals, Dr. Schtschastny, zum Oberarzt des Dwinsker (Dünaburger) Militärhospitals und auf dessen bisherigen Posten der ältere Ordinator des Moskauer Hospitals Wirklicher Staatsrath Dubelier.

— Professor Dr. Ernst v. Bergmann ist, wie Berliner Blätter melden, soeben zum Decan der medicinischen Facultät der Universität Berlin erwählt worden. Bergmann ist 1836 zu Riga geboren, war Professor der Chirurgie in Dorpat und Würzburg und kam 1882 als Nachfolger des Altmeisters Langenbeck nach Berlin.

— Wir haben bereits in unserer letzten Nummer berichtet, dass der XI. internationale medicinische Congress und die mit demselben verbundene internationale Ausstellung in Rom auf den April 1894 verschoben worden ist. Nach dem «Diritto» bildeten die ungünstigen Nachrichten über die sanitären Verhältnisse in zahlreichen europäischen Städten den Grund zu dieser Maassnahme.

— Dr. Tagerlund veröffentlicht einen längeren Aufsatz über das Vorkommen von Leprakranken in Finnland in der Zeitschrift des finnländischen Aerztevereins. Nach diesem giebt es gegenwärtig in Finnland 52 Lepröse und zwar 33 männlichen und 19 weiblichen Geschlechts. Von diesen leiden 21 Männer und 12 Frauen an der tuberösen, die Uebrigen an der anästhetischen Form dieser Krankheit. Die Zahl der Leprösen in Helsingfors beläuft sich auf 6.

— Von der «Smithsonian Institution» in Washington erhalten wir nachstehende Bekanntmachung.

Im October 1891 hat Thomas George Hodgkin, New-York, dem genannten wissenschaftlichen Institut ein Capital geschenkt, von dessen Zinsen ein Theil zur «Vermehrung und Verbreitung exacter Kenntnisse über Natur und Eigenschaften der atmosphärischen Luft in Beziehung zur Wohlfahrt der Menschheit» verwendet werden soll. Um dem Wunsch des Spenders nachzukommen, hat das Institut folgende am 1. Juli 1894 oder später zu vertheilende Preise angesetzt:

1. Einen Preis von 10,000 Dollar für eine Arbeit, die eine neue und wichtige Entdeckung über Eigenschaften und Natur der athmosphärischen Luft zu Tage fördert: die Entdeckung kann nicht nur im Gebiet der Meteorologie, sondern auch in dem der Hygiene, Physik oder irgend einer der biologischen Wissenschaften liegen.

2. Einen Preis von 2,000 Dollar für die beste Arbeit über

a) die bekannten Eigenschaften der athmosphärischen Luft in ihren Beziehungen zur Forschung auf jedem beliebigen naturwissenschaftlichen Gebiet und die Wichtigkeit des Studiums der Athmosphäre im Hinblick auf diese Beziehungen.

b) die Richtung zukünftiger Forschung in Zusammenhang mit der Unvollkommenheit unserer gegenwärtigen Kenntnisse und ihrer Beziehungen zu anderen Wissenschaften.

Die ganze Arbeit soll für die Zukunft den Weg weisen, auf dem man am besten zu erspriesslichen Resultaten auf dem durch die Hodgkin-Stiftung zu fördernden Gebiet gelangen kann.

3. Einen Preis von 1000 Dollar für die beste populäre Abhandlung über die athm. Luft, ihre Eigenschaften und Beziehungen (auch zur körperlichen und geistigen Hygiene). Diese Abhandlung braucht nicht mehr als 20,000 Worte lang zu sein und soll einfach und allgemein verständlich geschrieben sein.

4. Es soll eine Medaille unter dem Namen «the Hodgkin's medal of the Smithsonian Institation» gestiftet werden, die jährlich oder alle 2 Jahre vertheilt wird für wichtige Bereicherung unserer Kenntniss der athmosph. Luft oder für praktische Verwendung unserer vorhandenen Kenntnisse im Interesse der menschlichen Wohlfahrt. Die Medaille wird aus Gold sein und ihr wird ein Duplicat aus Silber oder Bronce beigegeben.

Die Arbeiten können in englischer, deutscher, französischer und italienischer Sprache verfasst sein und müssen bis zum 1. Juli 1894 dem Secretär der Smithsonian Institution, Washington, eingesandt werden; nur die Arbeiten für den I. Preis können auch bis zum 1. December 1894 eingeliefert werden.

Das Preisrichtercomité wird in der Weise zusammengesetzt, dass der Secretär der Smithsonian-Institution, der Präsident der National Academy of Sciences und der derzeitige Präsident der American Association for the Advancement of Science je ein Mitglied ernennt, ausserdem ist der Erstgenannte ex officio Mitglied des Comités. Dazu können noch nicht mehr als drei europäische Männer der Wissenschaft als berathende Mitglieder hinzugezogen werden.

Ueber alle Einzelheiten ertheilt der Secretär der Smithsonian Institution, Washington, Auskunft.

— Ueber die Choleraepidemie, die sich immer weiter ausbreitet, liegen u. A. folgende weitere Nachrichten vor. In Tula erkrankten vom 10.—24. Juli 212 Personen und starben 42, im Gebiet der Donischen Kosaken erkrankten vom 13.—24. Juli 186 Personen und starben 84, in Tobolsk erkrankten vom 4.—17. Juli 37 Personen und starben 14, in Grodno erkrankten vom 10.—15. Juli 25 Personen und starben 12, in Bessarabien erkrankten vom 4.—17. Juli 42 Personen und starben 21, in Kursk erkrankten vom 4.—17. Juli 134 Personen und starben 72, in Kasan erkrankten vom 4.—10. Juli 16 Personen und starben 2, im Gebiet der Kuban-Kosaken erkrankten vom 6.—18. Juli 9 Personen und starben 4, in Nishni-Nowgorod erkrankten am 15. Juli 5 Personen und starb 1 Person, im Gouv. Chersson erkrankten vom 4.—20. Juli 71 Personen und starben, 31, in der Stadt Rostow am Don erkrankten vom 21.—24. Juli 75 Personen und starben 35, im Gouv. Ssaratow erkrankten vom 11.—17. Juli 24 Personen und starben 2, im Gouv. Wjatka erkrankten vom 11.—17. Juli 9 Personen und starben 8. Die Zahl der Cholerakranken belief sich vom 11.—17. Juli in der Stadt Orel auf 80, die Zahl der Todesfälle auf 27, im Gouv. Orel auf 209 resp. 102. In der Stadt Moskau waren vom 24. auf den 25. Juli 126 Cholerafälle in Behandlung. am 25. Juli erkrankten auf's Neue 22 Personen, starben 10 und genasen 9 Personen, so dass auf den 26. Juli 129 Personen in Behandlung verblieben; im Gouv. Moskau erkrankten vom 11.—17. Juli 20 Personen und starben 4. In der Stadt Kiew betrug die Zahl der Cholerakranken vom 23. auf den 24. Juli 116, es erkrankten auf's Neue 47 Personen, starben 13 und genasen 13 Personen, so dass vom 24. auf den 25. Juli 137 Personen in Behandlung verblieben. Die meisten Cholerafälle hat wiederum Podolien aufzuweisen, wo vom 11.—17. Juli 390 Personen erkrankt und 136 gestorben sind.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 25. Juli d. J. 5[illegible] (62 wen. als in der Vorwoche), darunter 273 Typhus — (12 mehr), 517 Syphilis — (18 wen.) 50 Scharlach — (2 wen.) 6 Diphtherie — (= Vorw.) 16 Masern — (3 weniger), und [illegible] Pockenkranke (= Vorwoche).

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Ssolwytschegodsk (Gouvernement Wologda). Gehalt 1500 Rbl. Wohnsitz im Kirchdorfe Iljinskoje. Adresse: «Сольвычегодская Земская Управа».

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Mossalsk (Gouv. Kaluga). Gehalt 1000 R. jährlich und 300 R. Fahrgelder. Wohnsitz im Kirchdorfe Sherelewo. Adresse: «Мосальская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 18. bis 24. Juli 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
309	250	559	201	77	73	11	3	14	32	41	36	24	24	21	2	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 9, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 6, Scharlach 6, Diphtherie 3, Croup 0, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 12, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 55, Tuberculose anderer Organe 3, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 45, Marasmus senilis 22, Krankheiten des Verdauungscanals 186, Todtgeborene 20.

An die Redaction eingesandte Bücher.

Voll. Normale Anatomie. Berlin, Karger 1893.
Förster. Medicin. Taschenkalender. Riga, Jonck und Poliewsky 1893.
Jessner. Hautanomalien bei inneren Krankheiten. Berlin, Hirschwald 1893.
Kreidmann. Der Nervenkreislauf, I. Theil. Hamburg, Rondt und Döhren 1893.
Le Dentu. Études de cliniques chirurgicale. Paris, Masson 1893. Klin. Zeit- und Streitfragen. Heft 7—9.
Becker. Sammlung gerichtsärztl. Gutachten. Berlin, Karger.
Strümpell. Lehrbuch der spec. Path. und Ther. Bd. II, I. Theil, Leipzig, Vogel 1892.
Herz. Ueber Wärme und Fieber. Wien, Braumüller 1893.
Elsner. Praxis des Chemikers, Lieferung 1 und 2. Hamburg, Voss 1892.
Ascher. Zur staatlichen Beaufsichtigung der Irrenanstalten. Berlin, Karger 1893.
Behrwald u. Brauer. Das Turnen im Hause. Leipzig, Grieben 1892.
Elsner. Praxis des Chemikers. Lieferung 3, 4, 5. Hamburg, Voss 1892.
Engelmann. Hopfengift. Leipzig, B. Konegen 1893.
Kühner. Obstipation. Ibidem.
Lindemann. Seeklima. Ibidem.
Löbel. Behandlungsmethoden der Metritis chron. Ibidem.
Börner's Reichsmedicinalkalender 1893. II. Theil. Leipzig, Thieme.
Gärtner. Leitfaden der Hygiene. Berlin, Karger 1892.
Alt und Schmidt. Taschenbuch der Elektrodiagnostik. Halle, Knapp 1893.
Golebiewski. Aerztl. Commentar zum Unfallvers. gesetz. Berlin, Heymann 1893.
Hüppe. Choleraepidemie in Hamburg. Berlin, Hirschwald 1893.
Löhlein. Gynäkol. Tagesfragen. Wiesbaden, Bergmann 1893.
Halliburton. Lehrb. der chemischen Phys. und Path. Heidelberg, Winter 1892.
Leloir und Vidal. Symptomat. und Histologie der Hautkrankheiten III. Lieferung. Hamburg, Voss 1892.
Rabow. Arzneiverordnungen. Strassburg, Schmidt's Univ. Buchhandlung 1893.
Penzold. Lehrbuch d. klin. Arzneibehandlung, III. Aufl. Jena, Fischer 1893.
Löwit. Phys. und Path. des Blutes und der Lymphe. Jena, Fischer 1892.
Blumenfeld. Einfl. meteorol. Vorgänge auf den Verlauf der Lungenschwindsucht.
Liersch. Die linke Hand. Berlin, Schötz 1892.
Дембо. Основы различныхъ способовъ убоя скота. С.-Петербургъ 1893.
Kast und Rumpel. Pathol. anat. Tafeln. IV. Lieferung. Hamburg—Wandsbeck Kunstanstalt vorm. Seitz.
Goldscheider. Diagnostik der Nervenkrankheiten. Berlin, Fischer 1893.
Heiberg. Schema der Wirkungsweise der Hirnnerven. Wiesbaden, Bergmann 1893.
Malvoz. Recherches bacteriologiques sur la fièvre typhoide. Paris 1893.
Schmaus. Grundriss der pathol. Anatomie. Wiesbaden, Bergmann 1893.
Zerner. Therap. Handlexicon. Wien, Perles 1893.
Bocquillon-Limousin. Formulaire de medicaments nouveaux. Paris, Baillière 1893.
Schürmayer. Die Harnuntersuchungen. Wiesbaden, Bergmann 1893.
Lenhossek. Der feinere Bau des Nervensystems. Berlin, Fischer 1893.
Massei. Pathol. und Ther. des Rachens, der Nasenhöhle und des Kehlkopfs. Leipzig, Felix 1893.
Tommasoli. Autotoxische Keratodermiten. Dermatol. Studien, Heft XV. Hamburg, Voss 1893.
Gad. Reallexicon der med. Propädeutik. Lieferung 2—10. Wien, Urban und Schwarzenberg.
Bum und Schnirer. Diagnostisches Lexicon. Lieferung 11—20. Ibidem.
Seguin. Behandlung von Neurosen. Leipzig, Thieme 1892.
Hecker. Hypnose und Suggestion. Wiesbaden, Bergmann 1893.
Vierordt. Daten und Tabellen, II. Auflage. Jena, Fischer 1893.
Гартманъ. Болѣзни уха. Одесса 1893.
Filatow. Klinische Vorlesungen über die Darmkatarrhe der Kinder. Wien, Safar 1893.
Bornträger. Desinfection. Leipzig, Hartung 1893.
Kobert. Lehrbuch der Intoxicationen. Stuttgart, Enke 1893.
Thoma. Untersuchungen über die Histogenese und Histomechanik des Gefässsystems. Ibidem.
Guttmann. Grundriss der Augenheilkunde. Ibidem.
Politzer. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Ibidem.

BADEN-BADEN

Längst bekannte alkalische Kochsalzthermen von 44—69° C. Chlorlithium-Quelle von hervorragendem Gehalte.

Neue Grossherzogl. Badeanstalten: «Friedrichsbad» u. «Kaiserin Augusta-Bad» **während des ganzen Jahres geöffnet**

Musteranstalten, einzig in ihrer Art in Vollkommenheit und Eleganz. Mineral- und medizin. Bäder jeder Art. — Anstalt für mechanische Heilgymnastik. Privat-Badeanstalten mit Thermalbädern. Trinkhalle für Mineralwasser aller bedeutenden Heilquellen, Pneumatische Anstalt mit 2 Kammern a 4 Personen. — Privat-Heilanstalten jeder Art. — Terrain-Curort. — Molkenanstalt, Milchkur. Versandt des an Lithium reichsten Wassers der Hauptstollenquelle durch die Trinkhalle-Verwaltung. — Conversationshaus mit prachtvollen Concert-, Ball-, Lese-, Restaurations und Gesellschaftssälen während des ganzen Jahres geöffnet. — Ausgezeichnetes Cur-Orchester. — Zahlreiche Kunstgenüsse jeder Art. — Jagd und Fischerei. — Grosse Pferde- und Trabrennen. — Höhere Lehr- und Erziehungs-Anstalten, Mädchen-Pensionate — Reizende Spaziergänge und Ausflüge.— Ausgezeichneter Lawn-Tennis-Spielplatz. — Vorzügliches Klima.—Herrliche Lage. — Billige Pensionen. — Mittlere Jahres-Temperatur: +8,97°C. Von Mitte Juni bis Ende October Ausstellung von Kunstwerken ersten Ranges. (52) 3—3

Kurort Salzbrunn, Schlesien.

Bahnstation, 407 Mtr. Seehöhe, mildes Gebirgsklima. Saison vom **1. Mai** bis Ende **September. Alkalische Quellen ersten Ranges.** Berühmte **Molkenanstalt. Rationelle Milchsterilisirungs- und Desinfections-Einrichtungen. Badeanstalten. Massage. Pneumatisches Kabinet. Grossartige Anlagen. Wohnungen** zu allen Preisen. Besonders auch angezeigt für **Blutarme** und **Reconvalescenten. Versendung der seit 1601 medicinisch bekannten Hauptquelle**

(45) 10—9 **Oberbrunnen**

durch die Herren **Furbach & Strieboll.** Alles Nähere, Nachweis von Wohnungen etc. durch die

Fürstlich Plessische Brunnen-Direction.

Siehe Europäische Wanderbilder № 158/9.

ICHTHYOL

Dasselbe wird von Klinikern und vielen Aerzten auf's wärmste empfohlen und steht in Universitäts- sowie städtischen Krankenhäusern in ständigem Gebrauch.

Wissenschaftliche Abhandlungen ber ICHTHYOL nebst Receptformeln versendet gratis und franco die

Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermanni & Co.,

Hamburg. (65) 12—4

Das Handelshaus

ALEXANDER WENZEL

St.-Petersburg, Gorochowaja 33.

Lieferant für Apotheker. Hospitäler, Drogueisten Regimenter und viele Landschaften

Engros Lager.

Verband Mittel: für Bandagen, Brüche, Wachstuch, Schwämme, Pinsel, Barometer, Maximal-Zimmer u. Fenster-Thermometer, Areometer. Spiritometer, Brillen, Conserven, Pince-nez, Binocle, Theater-Lorgnetten, Katheter, Harnröhrsonden. Pulverisatore zur Erfrischung und Desinficirung der Zimmer.

ЦЕНТРАЛЬНОЕ ДЕПО ПЕРЕВЯЗОЧНЫХЪ ПРЕДМЕТОВЪ

Instrumente: für Amputationen, zum Verbinden für Resectionen, für Hebammen u. s. w. Arzenei und Feldscheer-Geräthe, Zähneschlüssel Zangen und Zubehör. Veterinar-Instrumente und Schienen.

Kopf und Zahnbürsten, Guttaperсha und Hornkämme. Zubehör für Massage. Pulver ohne Geruch von Satow für Desodorationen und Gruben-Auscharren. Waterclosets u. m. Andere.

Illustrirte Preiscourante werden gratis zugesandt. (57) 12—4

Zu haben bei den Droguisten und Apothekern.

Man verlange **Saxlehner's Bitterwasser.**

(90) 26—9

SAXLEHNER'S BITTERWASSER



«HUNYADI JÁNOS» QUELLE

Die Freunde unserer Quelle werden gebeten beim Einkaufe auf die hier beigedruckte Schutzmarke (Portrait) zu achten.

Eigenthümer: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST.

OSTSEEBAD WARNEMÜNDE

Ab **Berlin** 4½ Std., 45 täg. **Saisonkarten. Frequenz** 1891—8641, 1892—93.. Prospect d. d. **Badeverwaltung.**

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.

Frau Marie Kubern, Мойка 84, кв. 19.

Frau A. Wiander, Вас. Остр. 7 л. д. 9, кв. 6.

Sophie Jordan, Вас. Остр., 10 лин д. 11, кв. 9.

Frau Duhtzmann, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.

Fr. Amalie Schulze, Офицерская 55/17, кв. 93.

Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп. д. 5, кв. 18.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

Marie Mohl, В. О. 1. л. д. 44 кв. 3.

M. Winkler, Моховая ул. д. 29, кв. 5, dei Frau Ewald.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Вѣра Андрѣевна Скорлигина, Невскій пр. д. 98, кв. 6.

Дозв. ценз. Спб. 30 Іюля 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 32 St. Petersburg, 7. (19.) August **1893**

Ueber die Traubenkur in Jalta.

Von

Dr. F. Weber.

Da die Traubenkur überhaupt, sowie speciell die am Südgestade der Krim geübte, den meisten Collegen wenig bekannt zu sein scheint, glaube ich als practicirender Arzt eines Kurortes, dessen Hauptanziehungskraft in der Herbstsaison die Traubenkur bildet, berechtigt zu sein, in dieser Frage mit kurzen Worten einiges Licht zu verbreiten.

Von ca. 10,000 jährlichen Kurgästen suchen wenigstens 4000 nur der Traubenkur wegen Jalta und das Südgestade der Krim auf, so dass man von allen Kurgästen schwerlich 1000 auffinden kann, die nur der klimatischen Verhältnisse wegen die Südkrim aufsuchen und somit auch kaum 10 pCt. auf die Lungenschwindsucht kommen, denn solche beleben unsere Frühlings- und Wintersaison nur so mangelhaft, dass die Kranken in genannten Saisons kaum die Zahl 1000 erreichen. — Von diesen Kranken gehört auch nur ein Theil in die Kategorie der Lungenkranken resp. Lungenschwindsüchtigen, ungeachtet dessen, dass der Süden der Krim scheinbar fast ausschliesslich für Lungenleidende empfohlen wird. Die Werke von Dmitrijew «Ueber die Traubenkur in Jalta», so wie mein Werk «Jalta und seine Umgebungen» (1885) scheinen so wenig bekannt zu sein, dass ich in vorliegendem Aufsatz in gedrängter Kürze ihren Inhalt in Verbindung mit meinen eigenen Erfahrungen wiederzugeben gedenke. Ich werde mich bemühen nur die praktische Seite der Frage zu illustriren und auf die Fragen zu antworten: «Wie ist die Heiltraube der Südkrim beschaffen? wie wird dieselbe zur Kur verwerthet? und welche Erfolge werden durch die Traubenkur erzielt?

Einleitung.

Obgleich die Traubenkur bei uns in Russland noch neu und erst vor 16 Jahren durch den unermüdlichen Arbeiter auf diesem Felde, durch Dr. Wladimir Nikolajewitsch Dmitrijew in Jalta eingeführt worden ist, werden doch recht zahlreiche Kurgäste durch die Traubenkur angelockt und rekrutiren sich dieselben hauptsächlich aus der wohlhabenden und intelligenten Bevölkerung unseres Vaterlandes. Obwohl sie mit den Vorzügen der Luxuskurorte des Westens bekannt sind, kehren sie meist zur Traubenkur zurück und viele von ihnen erwerben sich am Südgestade Liegenschaften, bauen sich bei uns an, obgleich hier alle die Reize fehlen, welche den Süden Europas so verlockend machen. Dass dieses geschieht, verdanken wir hauptsächlich den Vorzügen unserer Heiltrauben.

Es ist eine verbreitete aber irrige Ansicht, dass die Traubenkur eine Modespielerei sei, eine der Angelruthen, mit denen unsere Kurorte nach Goldfischen angeln; dass die Traubenkur nichts vor einer Obstkur oder dergleichen voraus habe und sich nimmer einer Behandlung mit Heilquellen zur Seite stellen könne.

Aus der Besprechung der chemischen Bestandtheile, der physiologischen Wirkung und der therapeutischen Anwendung des Traubensaftes wird vielmehr, wie ich glaube, hervorgehen, dass der Traubensaft durch seinen Gehalt nicht nur den kräftigsten Mineralwässern zur Seite gestellt werden kann, sondern dieselben an Heilwirkung übertrifft. Wir müssen nicht vergessen, dass die Trauben ein Heilmittel sind, in welchem die Wirkung des Pflanzensaftes, der mineralischen Heilquellen mit Nährstoffen eng verbunden ist. In den Theilen der Trauben, welche in den Magen gelangen, finden wir in einer wässerigen Albuminlösung Milchcasein, Zucker, Dextrin, Fruchtsäuren, dabei eine solche Menge mineralischer Salze, wie sie nur in den kräftigsten Heilquellen anzutreffen sind. Es ist ja klar, dass alle diese Bestandtheile, einmal in den Magen eingeführt, von eminenter Wirkung auf den Stoffwechsel des Organismus sein müssen, um so mehr, da sie in einer so leicht assimilirbaren Form geboten werden. Sobald dem Arzt die Bestandtheile der Trauben bekannt sind, ergeben sich die Indicationen und Contraindicationen für den Gebrauch derselben leicht.

Geschichtliches.

Nicht nur die Medicin der Gegenwart, sondern auch das classische Alterthum kannte die Heilwirkung der Trauben und wenn man die Werke eines Celsus und Plinius studirt, so wird man bald gewahr, dass die Traubenkur dazumal weit ausgebreiteter war als in der Gegenwart. Wir sehen, dass die Alten nicht nur den Traubensaft, sondern auch die Pulpa, die Schale, die Kerne zu Heilzwecken verwertheten, besonders bei hartnäckigem Sumpffieber, bei Darmkatarrhen, einerseits bei Durchfällen, andererseits bei Verstopfungen, sowie bei vielen anderen Krankheiten. Im Mittelalter verschwand die Traube aus der Zahl der Heilmittel. Zur Zeit der Reformation, als der Kampf gegen die Krankheitsursachen begann, welcher einerseits den Grund zu unserer Hygiene legte und andererseits die sogenannten Naturheilmethoden schuf, wurde in die Zahl der letzteren auch die Traubenkur aufgenommen. Unter den Naturheilanstalten, welche wie Pilze aus der Erde aufschossen, entstand auch der erste Traubenkurort in der Schweiz, in Waatland, wo die schweizer Aerzte Tribolier, Odie, Prevaux u. A. die Traubenkur zu lehren begannen und bald Nachfolger in Deutschland, England, Frankreich und endlich auch bei uns in Russland fanden.

Ueber die Traubencultur in der Südkrim.

Der knappe Rahmen dieser Abhandlung erlaubt mir nicht in die Einzelheiten einzugehen, wann sich die Traube allmählich über alle Länder der Erde verbreitete, wo die klimatischen Verhältnisse dieselbe reifen liessen; uns interessirt heute speciell die Frage: wie steht es mit der Traubencultur bei uns in der Südkrim, so wie auf der ganzen Halbinsel? Es wird allgemein angenommen, dass der Kaukasus das Mutterland der Krimschen Trauben ist, welche durch die Völkerwanderung dorthin verschleppt wurde; doch behaupten einige gewiegte Botaniker, dass die Krimsche Rebe schon aus der Zeit des classischen Alterthums stamme und nur durch die Tataren, welche gegen die durch den Koran verbotene Pflanze wütheten, ausgerottet wurde. Doch hat diese Streitfrage für uns keine praktische Bedeutung; uns genügt es zu wissen, dass die Krim an Trauben reich und die Trauben des Südgestades von vorzüglicher Güte sind. Die Traubenernte wächst mit jedem Jahre in dem Maasse wie die sterile Erde in fruchtbringende Weinberge umgewandelt wird, hauptsächlich seitdem der Tabak, welcher dem Boden alle nährende Kraft entzieht, immer mehr zurückgedrängt wird und besonders in Massandre alle alten Tabaksplantagen vernichtet und zu Weinbergen umgestaltet werden. Gegenwärtig hat die Krim schon die recht ansehnliche Ernte von gegen 2 Millionen Wedro Wein aufzuweisen.

Die Krimtraube ist von verschiedener Beschaffenheit, je nach dem Landstriche, welchem sie entsprossen ist und man muss sehr vorsichtig bei der Beurtheilung des Werthes derselben sein. Man theilt das Weinland der Krim in 3 Zonen, von denen die dritte, bei Laspi beginnend und bei Aluschta endend und sich nicht über 850 Fuss über den Meeresspiegel erhebend, als die vorzüglichste anerkannt wird. Diese Zone ist nicht nur durch die Jailakette vor den Einflüssen der Nordwinde geschützt, wodurch sie sich eines langen, warmen Sommers erfreut, sondern auch die Bodenbeschaffenheit ist derart, dass sie die feinsten Arten der Trauben erzeugt, die sich durch bedeutenden Zuckergehalt und Aroma auszeichnen und die höchsten Sorten der sogenannten Liqueurweine geben.

Wenn wir von der Traube als von einem Heilmittel reden, so haben wir ausschliesslich die Traube dieser Zone im Auge, da sie selbst in grossen Quantitäten genossen, vom Darmtractus gut vertragen wird; grosse Quantitäten sind aber dazu nöthig, um die im Traubensaft enthaltenen Heilmittel in wirksamen Dosen dem Organismus einzuverleiben.

Zur Traubenkur werden keineswegs die Sorten gebraucht, welche den feinsten Wein geben, sondern die, welche ohne Schaden für Mund, Gaumen, Rachen, Magen und Darm in grossen Quantitäten consumirt werden können. Dieses ist auch der Grund, weshalb die Weinbergbesitzer aus den Umgebungen von Jalta in den letzten Jahrzehnten sich ganz besonders auf die Kultur der «Heiltrauben» legen.

Das Anlegen und die Pflege von Weinbergen ist mit grossen Ausgaben, Mühe und Arbeit verbunden. Der feste Schiefergrund, welcher von den verschiedensten Kalk- und Mergeladern durchzogen wird, bietet dem Plantagisten bedeutende Hindernisse. Der harte Erdboden giebt ordentlich Funken bei seiner Bearbeitung und dennoch muss er mindestens auf $1^1/_2$ Arschin gelockert werden, wobei die unterste Schicht nach oben, die obere nach unten zu liegen kommt. In den so bearbeiteten Boden werden mit Brechstangen Löcher von 2 Werschok im Durchmesser und $1^1/_2$ Arschin Tiefe eingebohrt; in diese Kanäle stellt man den Rebstock so, dass 2—3 Augen an der Luft bleiben, der übrige Theil des Kanals wird mit feingesiebter Schiefererde verschüttet und festgestampft, darauf mit Quellwasser begossen. 1—2 Begiessungen genügen um das Wachsthum des Rebstockes zu garantiren. Eine künstliche Bewässerung im Verlauf des Wachsthums der Rebe giebt wohl quantitativ eine reichere Ernte, doch ist dieselbe qualitativ geringwerthig. Wenn auch die Bewässerung keine besondere Mühe beansprucht, so giebt es sonst noch massenhaft Arbeit bei der Pflege der Weinberge, unter welcher das Ausrotten des Unkrauts an der Spitze steht, da dasselbe bei uns im Süden so wuchert, dass in einem Monat der beste Weinberg erstickt werden kann, wenn auf eine zeitige Ausgätung nicht geachtet wird. Ein Pilz, Oidium Tuckeri, der oft massenhaft die Trauben gerade zur Zeit der Reife bedeckt, bringt sie zum Platzen und verursacht einen grossen Saftverlust. Um diesen Parasiten im Keime zu ersticken, muss mit einem besonderen Pulverisationsapparat jede Rebe mehrmals im Verlauf des Sommers mit Schwefelblüthe bestreut werden. Der furchtbarste Feind des Rebstockes ist aber die Reblaus, welche versteckt am Rebstocke unter der Erde nagt und wegen der fabelhaften Vermehrungskraft (60,000,000 Generationen in einem Jahre) kaum zu bewältigen ist. Die Reblaus ist dadurch noch besonders schädlich, dass sie eine Desinfection des Bodens nöthig macht, welche denselben auf Jahre zu jeder Cultur unfähig macht. Die Einschleppung der Reblaus aus Frankreich hat der Regierung sehr viel Geld gekostet und die schönsten Theile der Weinzone für Jahre entwerthet, die Besitzer der Weinberge ruinirt.

Die chemischen Bestandtheile der Trauben.

Der Traubensaft ist eine sehr complicirte wässerige Lösung von organischen und anorganischen Bestandtheilen, er ist ein Product aller Säfte der ganzen Pflanze und deshalb variirt auch seine Zusammensetzung je nach der Beschaffenheit des Bodens, der Lage des Weinbergs, der Witterung. Je grösser das Missverhältniss des Umfanges zwischen Busch und Wurzel ist, desto mehr wechselt die Quantität der zu der Frucht gelangenden Säfte. In wohlorganisirten Weinbergen der Südkrim sucht man den Busch so viel wie möglich in seiner Entwickelung einzuschränken, lässt ihn nicht an den Spalieren der Häuser wachsen, wodurch die Güte der Traube bedeutend höher wird, als an Orten, wo man die Rebe an hohen Spalieren hinaufranken lässt.

Der Traubensaft ändert seine Zusammensetzung entsprechend der Entwickelung der einzelnen anatomischen Pflanzentheile. Mit Reifung der Frucht wird der Saft

immer concentrirter, es treten neue chemische Bestandtheile auf und schwinden die alten. Anfangs ist der Saft sehr wässerig und sauer in Folge des vorwiegenden Gehalts an Fruchtsäuren (Gerb-, Kiesel-, Sauerampfer- und anderen Säuren) und des geringen Gehaltes an Alkalien, Kalksalzen und Zucker. Mit Reifung der Frucht machen die herben Säuren der milderen Weinstein- und Apfelsäure Platz um später fast ganz zu verschwinden und durch Alkalien, sowie Zucker ersetzt zu werden. Der Zuckergehalt vermehrt sich anfangs nur sehr allmählich, doch im letzten Stadium der Reife erreicht er seine Höhe und bedingt die Consistenz des Saftes. Bei den verschiedenen Traubengattungen geht dieser Process in verschiedener Weise vor sich.

Die beiliegende Tabelle zeigt, wie sich diese Verhältnisse gestalten.

Rieslingtraube:	Wasser.	Zucker.	Säuren.	Asche.
27. Juni	91,66	1,01	—	1,56
16. August	84,76	1,23	4,95	5,08
28. »	86,88	2,39	1,65	2,88
12. September	85,24	2,29	1,19	2,89
17. »	83,02	3,87	1,05	1,79
23. »	82,94	7,70	0,75	1,18
10. October	82,74	8,64	0,67	1,02
10. November	81,68	8,21	0,75	1,53

Die Rieslingtraube gehört zu den Heiltrauben und hat einen mittleren Zuckergehalt.

Beschaffenheit des Traubensaftes.

Der durch die Presse gewonnene Traubensaft ist eine gelblich grüne, trübe, opalisirende Flüssigkeit, von mehr weniger dickflüssiger Consistenz, angenehmem, süsssaurem, kühlendem Geschmack, begleitet von einem leichten Aroma der Traubengattung, aus welcher er gewonnen. Der Wassergehalt schwankt je nach der Traubengattung, dem Boden, den Witterungsverhältnissen und der Lage des Weinberges. Der Wassergehalt des Saftes der guten Tafeltraubensorten schwankt zwischen 72 und 84 pCt.; das specifische Gewicht hängt von dem Zuckergehalt ab und schwankt zwischen 1,072 (Chasselas) und 1,109 (Pedro-ximenes) bei den Heiltrauben, wogegen es nach Salomon bei den Liqueurweintrauben 1,131 (Gelber Catalonier und Muscat violet) erreicht. Die Schwankungen des Wassergehaltes bei denselben Gattungen werden hauptsächlich durch die Masse der Niederschläge bedingt, sind aber zuweilen auch der unredlichen Behandlung des Weinberges zuzuschreiben. So ist es bei den Tataren üblich durch energisches Bewässern eine reichere Ernte zu erzielen, dieses ist auch die Ursache davon dass die tatarischen Trauben, selbst wenn sie auf den Weinbergen der Südkrim gewachsen sind, bedeutend niedriger im Preise stehen, als die Trauben redlicher Weinbergbesitzer. Unter den festen Bestandtheilen des Traubensaftes nimmt der Zucker nach allen Richtungen die vornehmste Stelle ein; unter allen festen Bestandtheilen unterliegt er den grössten Schwankungen in den verschiedenen Jahreszeiten, auch in verschiedenen Jahrgängen, selbst bei denselben Traubenarten. Der Zuckergehalt der Jaltaer Trauben ist annähernd ebenso gross wie in den Trauben Mittelitaliens, Südfrankreichs, der Riviera und Nordspaniens, d. h. 19 bis 39 pCt., je nach der Traubenart und dem Jahrgange; wogegen Mittelfrankreich, Deutschland, Tyrol, theilweise Ungarn nur Trauben mit Zuckergehalt von 13 bis 23 pCt. hervorbringen. In der Traube ist Trauben- und Fruchtzucker enthalten und zwar ersterer in bedeutenderer Quantität. Da nun Traubenzucker leicht in Gährung geräth, so verwandelt er bald auch den Fruchtzucker in Traubenzucker. Der Traubenzucker ist 3 mal weniger süss als Zucker aus dem Zuckerrohr.

Die beiliegende Tabelle illustrirt die Aehnlichkeit und den Unterschied zwischen dem Traubensaft und zweien Mineralquellen verschiedener Stärke.

Auf 10,000 Theile:	Traubensaft.	Geilnauer Sauerbrunnen.	Vichy Grande-Grille
Chlor.	0,26	0,23	3,24
Schwefelsäure	1.09	0,12	1,64
Phosphorsäure	4,71	0,20	0,74
Kieselsäure	3,43	0,14	0,70
Kali	17,91 } 23,8	—	1,82 } 24,1
Natron	5,82	0,71	22,33
Magnesia	2.76	0,14	0,97
Kalk	5,09	0,15	1,69
Eisenoxyd	1,5	0,14	0,02

Wir wählten zu dieser vergleichenden Tabelle eine Traubensorte (Riesling) mit mittlerem Mineralgehalt, daneben einen indifferenten und einen starkmineralisirten Brunnen. Die Tabelle zeigt, dass im Traubensaft die Quantität aller Salze (Kali, Natron, Kalk und Magnesia) 31,65 beträgt; wogegen im starken Vichywasser derselbe nur 26,76 beträgt, — vom Unterschiede des Eisengehaltes schon gar nicht zu reden; denn der Eisengehalt des Traubensaftes ist fast doppelt so gross wie in den kräftigsten Stahltrinkquellen, wie folgende Tabelle zeigt:

	auf 10,000 Theile	
Traubensaft	0,15	Eisensalze
Franzensbader Wiesenquelle	0,04	
Schwalbacher Stahlbrunnen	0,08	
Pyrmonter Stahlbrunnen	0,05	

Dabei ist zu beachten, dass hier die Eisensalze dem Organismus in einer Form geboten werden, wie sie schwerlich so leicht verdaulich künstlich hergestellt werden kann.

Curteau hat darauf hingewiesen, dass der Traubensaft ausserdem seinem chemischen Gehalte nach grosse Aehnlichkeit mit Molken hat und stellt folgende Analysen zusammen.

Auf 100 Theile	Traubensaft.	Molken Schaaf.	Molken Kuh.
Albumen	1,275	0,460	1,080
Zucker	15,310	4,98	5,1
Fett	0,—	0,038	0,115
Säuren und Stickstoff	1,31	0,051 }	0,440
Asche	0,431	0,616 }	
Wasser	81,684	93,9	93,2

Die festen Traubentheile.

Da bei der Traubenkur nicht nur der Traubensaft consumirt wird, sondern beim Kauen der Trauben auch die übrigen Theile der Frucht zu berücksichtigen sind, ja in einigen Fällen letztere mit verschluckt werden, so müssen wir auch deren Structur, sowie die chemischen Bestandtheile kennen lernen. Die Traubenschale enthält: Zellgewebe, Peptin, Klebstoff, in geringen Quantitäten Gerbsäure, Wachs, Enzialin und ätherisches Oel, von letzteren hängt das Aroma der verschiedenen Traubenarten ab. In den Kernen sind Harze, fette Oele und Gerbsäure enthalten. Die fetten Oele werden durch eine Verbindung von Glycerin mit Palmetin und Stearinsäure gebildet.

Die Güte der Heiltraube wird durch die Zartheit der Schalen, durch Kleinheit und geringe Zahl der Kerne durch die Saftigkeit der Frucht, durch die Leichtigkeit, mit der sich die Schale von der Pulpa trennt, bestimmt. Da nun die «Chasselas» in allen ihren Gattungen, (Riesling, Sauterne und Pedro-Ximenes) die genannten Eigenschaften in hohem Grade besitzen, werden sie hauptsächlich zur Traubenkur verwandt. Ausserdem darf die Schale auch nicht zu reich an aetherischen Oelen sein; das Aroma macht den Gebrauch von grossen Dosen unmöglich, weil es zuletzt anwidert. Auch können die aromatischen Substanzen nicht ohne schädlichen Einfluss auf die Nieren bleiben. Wir müssen noch hinzufügen, dass die oben genannten Arten der Heiltraube am Südgestade der Krim bedeutend saftiger und zarter, als dieselben Sorten in Frankreich, der Schweiz und Tyrol sind. Bei

einigen Krankheitsformen, besonders wo man auf den Darmcanal und die Leber zu wirken gedenkt, werden die fleischigen Gattungen, besonders die Familie «Tschauss», angewandt. Bei diesen Trauben lässt sich die Schale schwer von der Pulpa trennen und wird somit die Frucht vollständig verzehrt, wobei die Kerne tüchtig zerkaut werden müssen. Letztere wirken als gute Adstringentia bei hartnäckigen Durchfällen.

Physiologische Wirkung des Traubensaftes.

Der Traubensaft hat eine sehr vielseitige physiologische Wirkung. Er wirkt als kühlendes Getränk den Durst stillend und die Temperatur herabsetzend, als Expectorans, als Laxans bei gleichzeitiger Regelung der Verdauung; er regulirt die Blutcirculation, nährt, unterstützt die Blutbereitung, macht alle Secrete flüssiger und bedingt dadurch eine verstärkte Absonderung derselben, wirkt besonders gut als harntreibendes Mittel; wirkt als Regulator der Pfortadercirculation, hat eine regenerirende Wirkung, entfernt rasch die Producte der regressiven Metamorphose und belebt den Process der Blutoxydation. Wie das alles zustande kommt, kann in dieser kurzen Abhandlung nicht wiedergegeben werden, sondern müsste ein besonderes, umfangreiches Capitel bilden; deshalb begnügen wir uns mit dieser kurzen Andeutung.

Die therapeutische Anwendung.

Zwar kann nach der chemischen Zusammensetzung des Traubensaftes, sowie der übrigen Bestandtheile der Frucht, ein jeder Arzt sich seine Indicationen für die Traubenkur zusammenstellen, dennoch halte ich mich für verpflichtet, hier kurz die Krankheitsprocesse zu nennen, in denen sie der Schöpfer unserer Jaltaer Traubenkur, Dr. W. N. Dmitrijew anwendet; dieselben sind: Catarrhus chronicus pharyngis, Catarrhus bronchialis chronicus, Vitium cordis, Tussis convulsiva, Asthma neurasthenicum, Catarrhus ventriculi et intestinorum chron., Varices haemorrhoidales, Plethora abdominalis, Hypertrophia hepatis et lienis, Cholelithiasis, Cystitis catarrhalis, Calculi vesicae et renum, Krankheiten der weiblichen Genitalsphäre, u. s. w.

Beschaffenheit der Heiltrauben.

Wir haben oben schon die Gattungen von Trauben angegeben, welche sich zur Traubenkur eignen, nun wollen wir noch einige Worte über die Beschaffenheit der zur Kur gebräuchlichen Gattungen sagen. Die einzelnen Beeren der Trauben müssen von mittlerer Grösse sein mit der oben erwähnten zarten Hülle, reichlichem Safte und kleinen Kernen, wobei es wünschenswerth ist, dass die Pulpa ganz und gar aus Saft besteht. Einerseits darf der Traubensaft nicht zu concentrirt sein; denn sonst wird er dem Patienten bald zum Ueberdruss: andererseits setzt ein zu grosser Wassergehalt die Wirksamkeit herab. Der Geschmack sowie Geruch kann verschiedenartig sein, doch darf das Aroma, wie schon oben angegeben, nicht gewisse Grenzen überschreiten. Der säuerliche Geschmack der Traube ist sehr angenehm, doch darf er nicht durch die Unreife der Frucht bedingt sein, da eine unreife Frucht nur Schaden anrichten kann. Was die Farbe der Traube anbetrifft, so ist in der Schale der rothen Traube sehr viel Gerbstoff, welcher nicht nur zerstörend auf die Zähne wirkt, sondern oft auch vom Darm schwer vertragen wird, deshalb werden bei uns in Jalta fast ausschliesslich gelbliche und grüngelbe Trauben zur Kur verwerthet. Im Süden der Krim werden überhaupt gegen 200 Arten von Trauben cultivirt, von denen Dr. Dmitrijew folgende mit dem Namen «Heiltrauben» belegt: 1) die Familie Chasselas 2) die Familie Muscat 3) die Familie Panses 4) die Familie Madelaine 5) Corinthes 6) Isabella 7) Pedro-Ximenes 8) Albillo Castillan 9) Alliades 10) Barboroux 11) Semillon Colombar 12) Riesling 13) Traminer 14) Catalonier 15) Concours 16) Albourlah 17) Serrah Isjum. Alle diese Gattungen sind prachtvolle Tafeltrauben, wenn sie zur Reife gelangen und können auch, wenn sie in den guten Zonen gereift sind, als Heiltrauben verwandt werden. Was aber die Heiltrauben im engeren Sinn anbetrifft, so theilt Dmitrijew dieselben in 2 Gruppen. Zur ersten Gruppe zählt er alle Arten der Familie Chasselas, Madelaine und Tschauss, welche sich durch das geringe specifische Gewicht ihres Saftes auszeichnen, da ihr Saft reicher an Wassertheilen ist. Zur zweiten Gruppe zählt er die Familien: Pedro-Ximenes, Albillo, Sauterne, Riesling und die localen tatarischen Traubengattungen. Die Gattungen der ersten Gruppe wirken mehr auf den oberen Theil des Digestionsapparates, sie erzeugen schneller Aufstossen, ohne Flatulenz zu bedingen, sie sind nicht von so energischer Wirkung wie die Trauben der 2. Gruppe, werden leichter von schwächlichen Subjecten vertragen, wo wir es mit Durchfällen zu thun haben, weil sie eine obstipirende Wirkung haben, so dass sie in denjenigen Fällen von Diarrhoe verordnet werden, wo letztere durch Erschlaffung der Darmwände bedingt wird — diese Gruppe ist als roborirend, nährend, die Blutbereitung unterstützend und alle Schleimhautsecrete verdünnend, anzusehen.

Der Saft der Traubengattungen der 2. Gruppe hält sich kurze Zeit im Magen auf, wirkt energischer, tritt rasch in den Darmtractus, wodurch er eine Reizung der Mucosa desselben hervorruft und laxirend wirkt; er ruft rasch eine Hypersecretion sämmtlicher Organe, besonders der Haut und der Nieren hervor, wodurch die Stauungen der Circulation der Unterleibsorgane gehoben werden: er bewirkt die sogenannte Blutreinigungswirkung, daher ist hier auf keine Gewichtszunahme, als Zeichen einer progressiven Ernährung, zu rechnen; wogegen beim Gebrauch des Saftes ersten Gruppe oft eine rasche Gewichtszunahme constatirt wird.

Ueber die Technik der Traubenkur.

Bei der Traubenkur werden in Jalta folgende Regeln, die Dr. Dmitrijew zusammengestellt, beobachtet:

1. Man beginnt mit der Kur erst nachdem Patient sich von der Reise erholt und an die Localverhältnisse gewöhnt hat; auch soll die Kur nie ohne Verordnung seitens der mit ihr vertrauten Aerzte unternommen werden.

2. Die Trauben müssen reif und frisch von den Reben geschnitten sein, jede Traube muss vor dem Gebrauch säuberlich abgewaschen werden, damit nicht Staub, Schwefeltheile, Insecten u. dergl. mit in den Magen kommen. Man hat sich am Morgen vor dem Genusse zu kalter Trauben zu hüten und lasse dieselben sich erst an der Sonne erwärmen; noch schädlicher ist das hastige Trinken des kalten Traubensaftes. Am Aeusseren lässt sich leicht eine frisch geschnittene Traube von einer früher geschnittenen unterscheiden, da erstere mit einem matten Hauch bedeckt ist, letztere aber wie lackirt glänzt und immer einen bräunlichen Schimmer annimmt.

3. Die Trauben werden entweder ganz gekaut oder als Traubensaft getrunken. Beim Kauen der Trauben hat man darauf zu achten, dass man nicht mehrere Beeren auf einmal in den Mund steckt, sondern jede einzeln nimmt, sie nicht mit den Zähnen kaut, sondern mit der Zunge am harten Gaumen zerdrückt, den Saft aussaugt und das Uebrige ausspeit. Eine Ausnahme findet bei der Behandlung mit Tschauss statt, welche, wie oben bemerkt, ganz zerkaut und verschluckt werden.

4. Der Mund muss nach jeder Portion säuberlich ausgespült und die Zähne mit einem alkalischen Pulver geputzt werden; nach dem Putzen ist ein zweites Mundspülen anzurathen. Durch dieses Manöver ist man am

besten vor Schrunden und Rissen in der Mucosa des Mundes gesichert, die leider nicht selten zu einer Unterbrechung der Traubenkur zwingen.

5. Die Tagesportion von Heiltrauben hängt von der Individualität des Patienten ab und schwankt zwischen 1—15 Pfund, wobei meist 3—8 Pfund, seltener 8—15 Pfund, am seltensten 1—3 Pfund täglich verordnet werden. Ausnahmsweise ist die Tagesdosis bis auf 40 Pfund gesteigert worden.

6. Wichtig ist es zu beachten, dass nie mit der vollen Tagesportion begonnen wird, man beginnt mit 1 Pfund und vergrössert alle Tage die Portion um ½ Pfund bis man das Maximum erreicht hat; beim Schluss der Behandlung hat man auch allmählich die Portion zu verringern, doch kann der Abfall rascher von statten gehen.

7. Dr. **Dmitrijew**, so wie die meisten Jaltaer Aerzte, erlauben nicht die Trauben als Zugabe zu den Mahlzeiten zu nehmen, sondern verordnen dieselben, so wie es bei Brunnenkuren geschieht, in einem gewissen Abstand von denselben, und 2 Stunden nach Genuss der Trauben darf erst die Mahlzeit eingenommen werden, wobei die erste Portion womöglich auf nüchternen Magen genommen werden muss. Andere Aerzte, besonders der jüngst verstorbene Veteran der Krim, der Franzose Dr. Gai liess seine Kranken den ganzen Tag Trauben essen, keine bestimmten Stunden einhalten, verbot nur das Trinken vollkommen, und liess die übrigen Speisen bis auf ein Minimum reduciren.» Wenn ich mich auch solcher Uebertreibungen enthalte, so muss ich gestehen, dass die Trauben bald nach passend zusammengestellten Mahlzeiten ohne Schaden genossen werden können. Jedenfalls wird jeder Arzt den betreffenden Patienten genaue Verordnungen machen müssen.

8. Die Traubenkur muss, wie auch der Gebrauch von Mineralwässern, durchaus mit Promenaden verbunden sein, die aber in solchen Grenzen zu unternehmen sind, dass dadurch die Kräfte des Patienten nicht angegriffen werden.

9. Seebäder und Kuren sind in vielen Fällen gleichzeitig mit der Traubenkur gestattet.

10. Die Diät muss geregelt werden, doch ist das der Individualität anzupassen und eine allzustrenge Einschränkung des Speisezettels zu vermeiden, damit die Kur dem Patienten nicht lästig wird.

Was den Saft, der aus den Trauben frisch gepresst wird, anbetrifft, so theilen wir Jaltaer Aerzte nicht das Vorurtheil der Aerzte des Westens gegen dieses Präparat.

Unser Altmeister Dr Dmitrijew hat seit 1875 so zahlreiche Beobachtungen gemacht, dass man ihm eine volle Compentenz in dieser Frage einräumen muss. Er zieht fast in allen Fällen den Gebrauch des Saftes der ganzen Traube vor, weil derselbe eine genau bestimmbare Grösse ist, während die Dosirung beim Genuss der Trauben schwankt. Der Eine zerkaut und saugt sie besser aus, der Andere schlechter, und so kann das Quantum des genossenen Saftes bis zu 50 pCt. differiren. Ausserdem wird beim Trinken des Saftes das Verschlucken von unnützen Partikeln der Frucht vermieden, dadurch weniger Luft hinunter geführt und dadurch der Flatulenz vorgebeugt; die Speichelsecretion kann durch langsames Trinken angeregt werden. Pircher in Meran ist wohl deshalb Gegner des Saftes, weil dort die herben Sorten Trollinger und blauer Frankenthaler ausgepresst werden, während bei uns nur die zarten Sorten Chasselas, Riesling, Sauterne und Pedro-Ximenes dazu verwandt werden. Der Hauptvorzug des Traubensaftes ist darin zu suchen, dass die Kurmethode dadurch erleichtert und die Patienten vor Schrunden und Rissen der Mundschleimhaut bewahrt bleiben. Der Vorwurf, dass in den Saft reife und unreife Trauben hineingedrückt werden, hat für uns keine Bedeutung, da ja in Jalta der Patient selbst die Trauben aussucht, dieselben in seiner Gegenwart gereinigt und in die Presse gelegt werden. Ein Pfund Trauben giebt 1 Glas Saft, somit ist der Consum mit dem Consum der Mineralwässer zu vergleichen.

Referate.

Edgar Weiss: Untersuchungen über die spontane Gangrän der Extremitäten und ihre Abhängigkeit von Gefässerkrankungen. (Inauguraldissert. Dorpat, 1893.)

Zoege von Manteuffel hat bekanntlich eine Reihe eigenartiger Fälle von Extremitätengangrän beschrieben und für dieselben den Namen «angiosclerotische Gangrän» proponirt, die klinisch und grob anatomisch mit den von Winiwarter, Billroth u. A. auf Endarteriitis obliterans (Friedländer) der grossen Arterien zurückgeführten Fällen übereinstimmen. Es handelt sich bekanntlich meist um relativ junge, rüstige Personen, die ausser Arteriosclerose keine zu Gangrän disponirenden Erkrankungen aufweisen; Embolien, Inanition, Lues, Diabetes fehlen. Weiss hat die von Zoege von Manteuffel amputirten Extremitäten secirt und die Gefässe histologisch untersucht. Die Resultate, die er dabei erhalten hat, sind folgende.

Alle grossen Arterien des Unterschenkels, die grösseren Fussarterien bis in die Aa. digitales hinein, ferner die Abgangsstellen der Seitenäste der grossen Arterien und viele von den den Hauptstämmen parallel verlaufenden kleineren Collateralen waren ganz oder theilweise verschlossen. An den noch nicht von Gangrän befallenen Zehen reichte der Verschluss zuweilen nicht bis in die Digitalarterien hinein, sondern machte schon in den Aa. interosseae Halt. Der Verschluss der Art. poplitea war 2 mal in der Amputationsebene durch relativ frische braunrothe Thromben bedingt, deren Randzonen beginnende bindegewebige Substitution zeigten. Weiter nach abwärts waren die Gefässe durch Bindegewebe verschlossen. Dieses Bindegewebe ist in den centralen Gefässgebieten zellreich und reichlich mit Capillaren vascularisirt; je weiter zur Peripherie, um so derber, zellärmer, wird das Bindegewebe, statt der Capillaren treten in diesem älteren Bindegewebe grössere Gefässräume, ja richtige neugebildete Gefässe auf. Der Process schreitet also von der Peripherie centralwärts fort. Hier und da im Bindegewebe zerstreut liegen Haufen von Blutpigment. Die Gefässwand selbst zeigt diffuse arteriosclerotische Veränderungen, bindegewebige Verdickung und Zellwucherung der Intima, sclerotische Vorgänge, Rundzelleninfiltration und Verkalkung der Media; die Adventitia lässt sich oft nach aussen zu nicht deutlich abgrenzen, geht diffus in die Adventitia der Venae comitantes über. Nirgends liess sich nachweisen, dass die Wucherungsvorgänge der Intima zum Verschluss des Gefässlumens geführt hatten. Vielmehr ist aus Allem ersichtlich, dass der Verschluss durch bindegewebige Substitution autochthoner Thromben zu Stande kommt. Die Thrombose ist höchst wahrscheinlich durch die Arteriosklerose bedingt (secundäre, durch die Gangrän entstandene Thrombose lässt sich mit Sicherheit ausschliessen) und entsteht nicht im ganzen Gefässgebiet gleichzeitig, sondern schreitet allmälig von der Peripherie zum Centrum fort. Durch Ausbreitung des arteriosclerotischen Processes auf die Collateralbahnen wird die Circulation allmälig so geschädigt, dass schliesslich Gangrän entsteht. — Die Untersuchung der Venen wies hochgradige Phlebosklerose auf, wohl eine Folge der durch den Arterienverschluss bedingten Verminderung der Blutzufuhr.

Nach Weiss' Untersuchungen ist die Annahme einer «Arteriitis obliterans» als Ursache des Gefässverschlusses bei arteriosklerotischer Gangrän nicht genügend begründet. Vielmehr ist in letzter Linie die Gangrän durch die gewöhnlichen sklerotischen Gefässveränderungen bedingt, nur dass hier die Gefässsklerose nicht direct, sondern auf dem indirecten Wege der durch sie bedingten Thrombose zur Gangrän geführt hat. Mithin gehören die besprochenen Fälle in die Gruppe der «senilen Gangrän».

Wanach.

Isidor Joseph Erlanger: Experimentelle Untersuchungen über die Anwendung des Natrium salicylicum per rectum bei Gelenkrheumatismus. (Arbeiten des medic. klin. Instit. zu München. Bd. III. 2. Hälfte).

Verf. weist darauf hin, dass man bei der Behandlung des Gelenkrheumatismus sehr oft auf Swierigkeiten stösst, wenn man das specifisch wirkende salicylsaure Natron in gewöhnlicher Weise per os verabreichen will. Manche Personen bekommen bei länger andauerndem Gebrauch dieses Mittels ausgesprochene Magenerscheinungen, Appetitverlust, Uebelkeit, Erbrechen; in anderen Fällen existiren bereits seit früherer Zeit Magenkrankheiten die der Anwendung des Mittels per

es im Wege stehen. Auf Veranlassung von Ziemssen's hat E. es unternommen die Frage zu entscheiden, ob es möglich ist das Natrium salicylicum in Klystierform mit Erfolg zu geben. Seine an 25 Personen angestellten Untersuchungen ergaben ein positives Resultat. Am vortheilhaftesten sind die Klysmen in folgender Weise zu geben: 1) Der Mastdarm muss zunächst durch einen Wassereinlauf von Kothmassen befreit werden. 2) Das Klysma wird dann lauwarm in's Rectum eingeführt. Am besten werden grosse Dosen auf einmal verabreicht, und zwar fand E. die Zusammensetzung mit Opium als beste Form: Natrii salicylici 6,0—8,0; Aquae—100,0 Tinct. opii 1,5. Zur Einführung des Einlaufs bedient man sich am besten einer gewöhnlichen Klystierspritze mit einer Schlundsonde aus weichem Gummi als Ansatz; letztere wird ungefähr 20 cm. weit in die Darmhöhle hineingeführt. Die Resorption vom Mastdarm aus geht langsamer vor sich, als vom Magen. Die Schnelligkeit, mit der die Salicylsäure von der Rectalschleimhaut aus in die Körpersäfte übertritt, ist individuell sehr verschieden, in einigen Fällen gab der Harn bereits 15 Minuten nach Einführung des Mittels die Salicylsäurereaction, bei einem anderen Falle dagegen war nach einer halben Stunde noch keine Spur von Salicylsäure im Urin nachweisbar. Als durchschnittliche Dauer der Anwesenheit des Mittels im Blute fand E. 47 Stunden. Verf. suchte ferner durch Untersuchung des Kothes zu entscheiden, wie gross jedes Mal die Quantität der resorbirten Salicylsäure ist. Unter 45 Beobachtungen gelangte die Lösung in 60 pCt ganz, in 6,6 pCt. fast ganz zur Resorption. Die therapeutischen Erfolge waren sehr gute. Die durch die Klysmenanwendung gebesserten oder geheilten Personen haben durchschnittlich 3—4 Arzneiklystiere bekommen; die grösste Anzahl von Einläufen betrug 6. Die mittlere Behandlungsdauer war 4,6 Tage. Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

C. von Noorden: Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels. Verlag von A. Hirschwald. Berlin 1893. 492 Seiten.

Dem pathologischen Theil der Arbeit schickt Verf. eine physiologische Einleitung voraus, in welcher in umfassender Weise die Physiologie der Verdauung und des Stoffhaushaltes des menschlichen Körpers behandelt wird. Der Hauptheil bearbeitet die Pathologie des Stoffwechsels: den Einfluss des Hungers und die chronische Unterernährung auf den Gesammtorganismus, die Veränderungen, die das Fieber im Organismus mit sich bringt, die Erkrankungen der Leber, der Niere, des Blutes, der Athmungs- und Kreislaufsorgane und die Beziehung derselben zum Ernährungszustande und der Bilanz des Stoffwechsels, schliesslich den Einfluss des Diabetes, der Gicht, Anaemie, Fettsucht und des Carcinoms auf den Organismus und den Chemismus desselben.

An der Hand einer mit wahrem Ameisenfleisse gesammelten Literatur wird der Stoff in umfassender Weise bearbeitet indem Verf. theils die Untersuchungen anderer Autoren benutzt, theils sich auf seine eigenen Versuche stützt. Auf das Genaueste ist der Chemismus der Ex- und Secrete unter den oben genannten Verhältnissen festgestellt. Es ist an dieser Stelle nicht möglich, auf alle Capitel einzeln einzugehen, aus dem reichen Stoffe seien nur hie und da einige Gesichtspunkte herausgegriffen.

Die Zunahme der febrilen Consumption ist in der Steigerung des Eiweisszerfalles einerseits, und in der deletären Einwirkung von Giften andererseits zu suchen. Diese (Toxalbumine, Bakterienproteine und Ptomaine) schädigen die Vitalität des Zellprotoplasmas, welches zerfällt und eingeschmolzen wird, die Gewebstrümmer gelangen zur Ausscheidung. Der Fiebernde zehrt über das Nahrungseiweiss hinaus vom Organeiweiss (Muskel- und Drüseneiweiss). Der Fettverlust ist nicht durch den fieberhaften Process als solchen, sondern durch die Verbrennung der eignen Körpersubstanz bei mangelhafter Zufuhr neuer Nahrung bedingt. Bei den meisten fieberhaften Krankheiten besteht neben Zerfall von rothen Blutkörperchen Leukocytose d. h. die Zahl der weissen Blutkörperchen ist vermehrt, die Alkalescenz des Blutes sinkt. Es folgt die genaue Analysirung der durch das Fieber bedingten Veränderungen der Organe und Excrete. Unter dem Capitel der Blutkrankheiten wird die Zusammensetzung des Blutes und der Gewebe, der Einfluss der Anaemie auf die Oxydationsprocesse, die Verdauung, die Zusammensetzung des Harns, die Eiweisszersetzung etc. ausführlich abgehandelt. Das Blut Anaemischer ist reich an Pepton, (nach Bezeichnung des Autors Albumose) Fett, Lecithin und Cholestearin; wahrscheinlich steht deren Befund in naher Beziehung mit dem Reichthum an weissen Blutkörperchen. Das Zugrundegehen der rothen Blutkörperchen wiederum hat eine starke Ablagerung von Eisen in Leber, Milz und Darmwand zur Folge.

Interessant ist das Capitel, welches den Diabetes abhandelt. Der jetzige Stand der Diabetesfrage wird ausführlich dargelegt, die verschiedenen Theorien kritisch beleuchtet und auf manchen therapeutischen Gesichtspunkt aufmerksam gemacht. Die strenge Fleischdiät ist eine Schonungscur, die zuckerzerstörenden Gewebe werden von Arbeit entlastet, sie finden Zeit sich zu erholen, die Fähigkeit der Zuckerverbrennung wird für die Zukunft gesteigert (Naunyn). Mit der Zeit ist es nothwendig zum Schutz des Eiweissbestandes eine fett- und eiweissreiche Nahrung zu geben. Bei Gewährung der Kohlehydrate sind diejenigen Amylaceen zu empfehlen, welche bei grossem Volumen möglichst wenig Kohlehydrate einschliessen (Kartoffel, Kohl, grobe Brotsorten).

Schliesslich sei einer vom Verf. aufgestellten Hypothese über die Entstehung der Gicht gedacht: unter dem Einfluss von Veränderungen in den Geweben welche bei der Gicht theils den Charakter der Entzündung, theils der Nekrose tragen, kommt es zur «örtlichen Entstehung von Harnsäure aus dem Eiweiss der erkrankten Gewebszellen». Wenn die einmal gebildete Harnsäure nicht verschwindet, so trägt die Unlöslichkeit in den Säften die Schuld. Die Harnsäurebildung und -ablagerung ist demnach unabhängig von der Menge und dem Verhalten der an anderen Stellen des Körpers gebildeten Harnsäure, sondern ist vielmehr als ein «secundärer durch die Gegenwart eines besonders örtlich wirkenden Fermentes angeregter Vorgang anzusehen». Lingen.

Mittheilungen

aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

21. April 1893.

Dr. Ed. Schwarz stellt einen Kranken vor, der in mehrfacher Hinsicht interessant sei.

Herr Nicolai M., 45 a. n., ist Potator gewesen, hat angeblich keine Lues gehabt. Im Sept. 92 hat Pat. ein Kopftrauma erlitten (Stoss mit dem Oberkopf gegen eine niedrige Thür), nach welchem Kopfschmerzen aufgetreten sind. Im December 92 hat er sich in gleicher Weise den Kopf heftig zerschlagen und sind die Kopfschmerzen heftiger geworden.

Schon im Herbst 92 hat Pat. eine Sehstörung bemerkt, zu Weihnachten hat die Frau deutliche Störung des Gedächtnisses beobachten können, seit Ende Januar 93 sind schon deutliche Sprachstörungen vorhanden gewesen.

An dem wohlaussehenden Pat. kann man folgende Symptome nachweisen:

1. Complete linksseitige Abducenslähmung.
2. Complete rechtsseitige Hemianopsie für Farben und incomplete Hemianopsie für Weiss.
3. Interessante Sprachstörungen; Alexie, Agraphie.
4. Ophthalmoskopisch: neben Arterienerkrankungen, die als arteriosclerotische anzusprechen seien, könne man auf dem linken Auge eine sehr hochgradige venöse Stauung mit Schwellung der Papille und der Retina im inneren Abschnitte des Auges beobachten, während solches auf dem rechten Auge nicht vorhanden sei. Die äussere Hälfte des Augenhintergrundes des linken Auges nehme an der Stauung nur in sehr geringem Maasse Theil, so dass ein treppenartiges Absteigen der Gefässe von der inneren zur äusseren Hälfte des Augenhintergrundes zu beobachten sei.
5. Kopfschmerzen, die meist links an der Schläfe localisirt werden; Pat. gebe an, dass die Adern an dieser Stelle stark anschwellen und auch objectiv sei eine stärkere Füllung der Venen an der linken Schläfe zu beobachten.
6. Andere Lähmungen seien nicht vorhanden.
7. Das Herz habe einige Male Erweiterung gezeigt, die auf Digitalis und Jodkali zurückgegangen; Puls constant über 100. An den anderen Organen nichts abnormes nachzuweisen.

Referent geht auf die genauere Behandlung der Symptome, so auch auf die sehr interessanten Sprachstörungen nicht ein, verspart sich solches auf die Zukunft, da ihm die Obduction nach dem Ableben des Pat. zugesagt sei.

Die vorliegenden Symptome geben ein seltenes Bild, sie seien in basale und Grosshirnsymptome zu theilen.

Wolle man alle Symptome auf einen Herd beziehen, so käme ein Tumor in Betracht, der an der Basis sässe, den nerv. abducens u. tract. opticus comprimire und die Circulation in der art. cerebr. med. beeinträchtige. Was die Art des Tumors anlangt, so kommt in Hinblick auf die vorauszusetzende Arterienerkrankung in diesem Fall mit einiger Wahrscheinlichkeit ein Aneurysma der cerebr. med. in Betracht, das auch die heftigen in der linken Schläfe localisirten Kopfschmerzen erklären würde. Die Abducenslähmung links und die rechts-

seitige Hemianopsie wäre dann als basale, die Sprachstörungen als Grosshirnsymptome aufzufassen, welche letztere durch Erkrankung von Territorien in der linken Hemisphäre zu Stande kämen, die von der art. cerebr. med. versorgt würden. Auch die sehr auffällige halbseitige Stauung am linken Augenhintergrunde fände bei dieser Annahme ein leichteres Verständniss.

Wolle man jedoch nicht alle Symptome auf einen Herd beziehen, welche Möglichkeit bei der weit verbreiteten Arterienerkrankung wohl zu berücksichtigen sei, so käme als ein Sitz der Erkrankung der linke Hinterhauptslappen in Betracht. Die Frage, ob ein Herd oder mehrere Herde anzunehmen seien, wäre schwer zu entscheiden, darüber könne nur die Obduction Aufklärung schaffen.

Die Prognose sei schlecht, der Verlauf bis jetzt ein progressiver.

(Autorreferat.)

Dr. Tiling fragt, wie es mit der Sprache geht, wenn Pat. in zusammenhängender längerer Rede spricht. Um dies festzustellen, werden dem Pat. einige Fragen zur ausführlichen Beantwortung vorgelegt, wobei es sich herausstellt, dass er unter diesen Umständen besser spricht.

Dr. Tiling fragt ferner, ob einzelne Insulte im Verlauf der Krankheit vorgekommen sind, was Dr. S. verneint.

Dr. Zwingmann, an den Pat. sich zuerst gewandt hatte, weil das erste ihm zum Bewusstsein gekommene Symptom eine Sehstörung gewesen, berichtet über den Beginn der Erkrankung. Die Sehstörung habe in einer rechtsseitigen Hemianopsie bestanden, für Farben complet, für weiss incomplet; ausserdem sei Dyslexie vorhanden gewesen; Pat. habe einzelne Wörter nicht lesen können, obwohl er sie, dazu aufgefordert, jedesmal buchstabiren konnte; die betreffenden Wörter seien durchaus nicht besonders lange oder schwierige gewesen. Schliesslich habe auch von vornherein links eine Abducenslähmung bestanden. Einen Monat nach der ersten Untersuchung sei schon eine Gesichtsfeldaufnahme nicht mehr möglich gewesen wegen der hinzugetretenen Aphasie. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab eine Verbreiterung der Venen, links mehr als rechts, ausserdem eine radiäre Streifung um die Papille, ebenfalls links mehr als rechts. Redner meint, dass die Erscheinungen zu erklären seien durch einen den tractus opticus und den abducens comprimirenden Tumor.

Dr. S. fragt, ob College Zwingmann nach seinen Erfahrungen aus dem Gesichtsfelde Schlüsse ziehen könne auf den Sitz der Erkrankung.

Dr. Z. Totaler Ausfall der Farbenempfindung auf der einen Seite spricht mehr für eine occipitale Erkrankung.

Dr. S. Die Seelenblindheit spricht für eine Erkrankung des Occipitallappens.

Dr. Tiling. Der zu verschiedenen Zeiten constant bleibende Befund spricht mehr für eine Lähmung der einer etwaigen Compression mehr exponirten peripheren Nerven.

Dr. Bergmann hält seinen angekündigten Vortrag über Perityphlitis.

Vortragender skizzirt einen Wurmfortsatz und demonstrirt 4 weitere, welche er Personen verschiedenen Alters exstirpirt. Die Wurmfortsätze zeigten verschiedene Stadien der Stricturirung und Geschwürsbildung der Schleimhaut bis zur Perforation. In 4 Fällen erfolgte die Operation im sog. freien Intervall, nach voraufgegangenen mehrfachen sog. perityphlitischen Attaquen. In einem dieser Fälle waren 2 Jahre seit der letzten Attaque vergangen. Hier fand sich eine durch eine ziemlich breite solide Narbe abgeschnittene periphere Partie des proc. vermif., während das Lumen des centralen Abschnittes vollständig mit Koth ausgefüllt war.

Im 5. Fall erfolgte trotz Perforation des Wurmfortsatzes eine perityphlitische Attaque nicht, da offenbar sehr frühzeitig Verlöthung mit dem parietalen Peritoneum stattgefunden hatte, und die Perforation nach aussen erfolgt war. Dieser Fall erlaubt die Schlussfolgerung, dass Bedingung für die sog. perityphl. Attaque ist: Durchlässigkeit des proc. vermif. nach der Bauchhöhle hin, vorausgesetzt, dass der Perityphlitis immer eine Wurmfortsatzerkrankung zu Grunde liegt. Dieses scheint aber nach Analogie der schwerverlaufenden zur Section kommenden Fälle — in der That der Fall zu sein.

Dass im perityphl. Abscess so selten der Proc. vermif. gefunden wird, beruht darauf, dass derselbe entweder fest in die Wand des Abscesses eingelöthet ist oder dass derselbe mehrere Abscesse veranlassen kann, bei denen es dann eben darauf ankommt, ob man denjenigen zu eröffnen im Stande ist, in welchem der proc. liegt. Die Operation ist indicirt überall da, wo Eiter nachweisbar, ferner wo bei recidivirender Perityphlitis keine ausgedehnten Anlöthungen des proc. vermif. vorliegen. Ist der proc. vermif. fixirt, so ist die Prognose der Operation reservirt zu stellen, da ausgedehnte Anlöthungen vorkommen, deren Lösung von Perforation des Darmes gefolgt sein kann. Bei ausgesprochener Peritonitis zu operiren hat in seltenen Fällen doch Erfolg gehabt.

Dr. Hampeln. Die von Dr. Bergmann erwähnte Scheidung von Typhlitis stercoralis und Perityphlitis ist unzulässig, da die Typhlitis stercor. fast immer eine Folge der Perityphlitis ist; in Fällen, die zur Section oder Operation kommen, findet sich fast nie eine isolirte Typhl. stercoralis. Auch ist nicht einzusehen, warum ein solcher Process, wenn er das Primäre wäre, sich immer am Coecum localisiren sollte, während doch die anatomischen Verhältnisse an der flexura coli hepatica und lienalis seiner Entstehung ebenso günstig sein müssten. — Bei den perityphlitischen Attaquen handelt es sich nach Dr. Hampelns Ansicht nicht immer um Perforation, sondern um Tendenz zur Perforation mit Verwachsungen.

Dr. Bergmann. Mit dem Wort Perforation habe er eine Schleimhautulceration bezeichnen wollen, die das Uebertreten von Entzündungserregern in die Bauchhöhle ermögliche. — Eine primäre Typhlitis sei allerdings selten, doch komme sie gelegentlich vor und könne dann sogar auch zur Perforation führen, wie eine Section im Krankenhause bewiesen habe.

Dr. Hampeln. Allerdings kommen auch im Coecum manchmal Ulcerationen vor, wie sie eben an jedem Darmabschnitt vorkommen können. Er erinnere sich eines im Krankenhause secirten Falles, in welchem ein Ulcus des Dünndarms, das die Charaktere eines ulcus pept. gezeigt, eine Perforationsperitonitis hervorgerufen habe.

Dr. Voss bezeichnet die Frage, wann bei Perityphlitis operirt werden solle, als eine noch offene. Der innere Kliniker stehe hierin ganz anders als der Chirurg. Dr. Bergmann gehe zu weit, nach ihm müssten alle Patienten mit Perityphlitis operirt werden.

Dr. Klemm. Es soll operirt werden 1) bei der ersten Attaque nur wenn Eiter nachweisbar ist 2) ist die erste Attaque vorüber ohne dass Eiter vorhanden gewesen ist, so ist ein Eingriff in der freien Zeit indicirt vorausgesetzt, dass sich etwas fühlen lässt, weil die pathologisch-anatomischen Befunde beweisen, dass die scheinbaren Spontanheilungen keine wirklichen Heilungen sind; es könne eine neue Attaque folgen und bei jeder Attaque bilde sich ein neuer Abscess.

Dr. Bergmann demonstrirt demgegenüber einen zur vollkommenen Ausheilung gelangten proc. vermif. eines Mannes, der 3 Attaquen überstanden hat und auf der Operation bestand, weil das prall mit Koth gefüllte, im Umbringen gesund aussehende centrale Ende des proc. vermif. ihm lebhafte Beschwerden verursachte. Die Mehrzahl der Fälle heilt spontan aus. Oft mag sich bei der Attaque kein Eiter bilden, sondern es entsteht eine chronische Entzündung. Operirt werden soll dann, wenn Eiter nachgewiesen ist, oder bei recidivirender Perityphlitis.

Dr. Klemm. Ob man einen Abscess nachweisen kann, hängt von Zufälligkeiten seiner Lage ab; andererseits verschlechtern sich die Chancen der Operation mit jeder Attaque, daher soll man möglichst frühzeitig operiren, auch wenn man den Sitz des Abscesses vor Beginn der Operation nicht nachweisen kann.

Dr. Bergmann. Nur wenn man die Lage des proc. vermif. bestimmen kann, soll man operiren.

Z. Z. Secretär: C. Dahlfeld.

Vermischtes.

— Soeben ist uns das 2. Heft der «Ученыя записки Императ. Юрьевскаго Университета» — «Acta et commentationes Imp. Universitatis Jurjevensis (olim Dorpatensis)» zugegangen, das genauere Angaben über dieses neue Schriftwerk enthält (das 1. Heft ist am Anfang dieses Jahres erschienen). Die «записки» sollen möglichst oft in zwanglosen Heften erscheinen. Jedes Heft besteht aus 2 Theilen, einem officiellen und einem wissenschaftlichen. Der officielle Theil enthält den Jahresbericht der Universität, die Actusreden und, auf Beschluss des Conseils Auszüge aus den Protokollen desselben, soweit sie von wissenschaftlicher Bedeutung sind. Der wissenschaftliche Theil enthält: 1) Kleine Aufsätze — vorläufige Mittheilungen, Recensionen etc. 2) Grössere Arbeiten, die mit besonderer Paginirung als Beilage gedruckt werden. Die wissenschaftlichen Abhandlungen können sowohl in russischer als in einer der verbreiteten westeuropäischen Sprachen, ebenso auch lateinisch, erscheinen, je nach Wunsch des Autors. Es werden nur Arbeiten von Mitgliedern des Lehrkörpers und mit der goldenen Medaille prämiirte Arbeiten von Studenten aufgenommen. Der wissenschaftliche Theil steht unter der Censur der Facultäten, der officielle unter der Censur des Conseils. Redigirt werden die «Записки» von einem aus der Zahl der Professoren auf 3 Jahre gewählten Redacteur (augenblicklich Prof. Gul-

jajew). In den erschienenen 2 Heften findet sich nur ein Aufsatz medicinischen Inhalts: ein kurzer Bericht von Prof. S. Wassiljew über Einrichtung und Verwaltung der med. Klinik, nebst einigen Krankengeschichten als Anhang.

— Im Herbst d. J. soll im Verlag von W. Braumüller das erste Jahrbuch der Wiener K. K. Krankenanstalten für das Jahr 1892 erscheinen, herausgegeben von der Statthalterei, der seit dem vorigen Jahr folgende Wiener Hospitäler unterstellt sind: Allgemeines Krankenhaus, Krankenhaus Wieden, Krankenanstalt Rudolfstiftung, Kaiser Franz-Josef-Spital, Kaiserin Elisabeth-Spital, Kronprinzessin Stefania-Spital, Wilhelminen-Spital und St. Rochus-Spital. Das Jahrbuch wird enthalten: Historisches über die Wiener Krankenanstalten, Beschreibung derselben mit ausführlichen Plänen, Personalbestand, Krankenstatistik, casuistische Mittheilungen, eine Auslese der wissenschaftlichen Beobachtungen, einen wirthschaftlichen Theil, Gesetze und Instructionen. Wenn dieses reichhaltige Programm eingehalten wird, so dürfte das Jahrbuch viel Nutzen bringen und weite Verbreitung finden. Es scheint ein Werk zu sein, das für Wien dasselbe zu leisten bestimmt ist, wie das «Klinische Jahrbuch» für die preussischen Universitätskliniken und die Jahrbücher der Hamburger Krankenhäuser für Hamburg.

— Ueber die Weiterverbreitung der Cholera ist den officiellen Berichten folgendes zu entnehmen. Im Gouvernement Orel erkrankten vom 17.—24. Juli 327 Personen, starben 110, in Podolien erkrankten in demselben Zeitraum 484, starben 175, im Gouv. Kiew erkrankten vom 18.—24. Juli 290, starben 91, in Nishni-Nowgorod erkrankten vom 17—24. Juli 258, starben 102, im Gouv. Grodno erkr. vom 18.—24. Juli 101, starben 27, im Gebiet der Donischen Kosaken erkr. vom 25.—28. Juli 354, starben 147. Ferner betrug die Zahl der Erkrankungsfälle, resp. Todesfälle in der Stadt Moskau vom 24.—26. Juli 68 (resp. 23), Gouv. Chersson vom 20.—27. Juli 50 (18), Gouv. Jarosslaw vom 21.—27. Juli 39 (15), Kasan vom 11.—17. Juli 39 (13), Ssamara vom 11.—17. Juli 31 (8), Gouv. Moskau vom 18.—24. Juli 27 (9), Wladimir in derselben Zeit 23 (5), Wjatka in ders. Zeit 13 (7), Wolhynien in ders. Zeit 13 (3), Bessarabien in ders. Zeit 12 (6), Charkow am 27. Juli 12 (9), Minsk vom 24.—27. Juli 10 (4), Ssimbirsk vom 18.—24. Juli 10 (1), Poltawa vom 22.— 27. Juli 6 (3), Jekaterinoslaw vom 18.—24. Juli 3 (3), Ufa am 27. Juli 3 (0), Pensa vom 17.—24. Juli 1 (0).

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 31. Juli d. J. 5484 (55 wen. als in der Vorwoche), darunter 270 Typhus — (3 wen.), 517 Syphilis — (= Vorw.) 51 Scharlach — (2 mehr) 8 Diphtherie — (2 mehr) 17 Masern — (1 mehr), und 15 Pockenkranke (7 weniger).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 25. bis 31. Juli 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
277	236	513	155	56	66	7	3	13	43	35	39	33	33	18	7	5

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 12, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 5, Scharlach 4, Diphtherie 1, Croup 0, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 19, Erysipelas 8, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 61, Tuberculose anderer Organe 3, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 41, Marasmus senilis 14, Krankheiten des Verdauungscanals 134, Todtgeborene 23.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.
Frau **Marie Kubern**, Мойка 84, кв. 19.
Frau **A. Wiander**, Вас. Остр. 7 л. д. 9, кв. 6.
Sophie Jordan, Вас. Остр., 10 лин. д. 11, кв. 9.
Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.
Fr. **Amalie Schulze**, Офицерская 55/17, кв. 93.
Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.
Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп. д. 5, кв. 18.
Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

Довв. цевз Спб. 7 Авг. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 33 St. Petersburg, 14. (26.) August **1893**

Die Principien der Syphilistherapie.

Von

Dr. Jessner.

Specialarzt für Hautkrankheiten. Königsberg i. Pr.

Wenn sich in der Therapie zwei Ansichten scheinbar schroff und unvermittelt gegenüberstehn, eine jede von ihnen gewichtige Vertheidiger und Gegner hat, von denen man überzeugt sein kann, dass sie nicht ohne triftige Gründe urtheilen, dann pflegt es meistens so zu liegen, dass beide Theile Recht haben. Je nachdem die Sachlage im Einzelfalle sich mehr im Sinne des Einen oder Andern gestaltet, erweist sich bald Dieses, bald Jenes als das Richtige. Die gegen eine bestimmte Behandlungsmethode zu Felde geführten Gründe pflegen dann allerdings nicht zu genügen, um sie a limine abzuweisen, aber sie bilden gewichtige, die Anwendung der Methode einschränkende Contraindicationen, die wohl beherzigt werden müssen.

Sehn wir nun zu, ob sich diese Erfahrung auch für die Methode der Syphilisbehandlung bewährt, die ja die Syphilidologen in zwei Lager getheilt hat. Dieser Zwiespalt trifft nicht die Frage, welche Medicamente anzuwenden sind, denn es dürften wohl die Antimercurialisten kaum mehr bedeutende Anhänger finden; er betrifft auch nicht die Frage, in welcher Form diese Medicamente anzuwenden sind, denn man dürfte wohl kaum ein Recht haben, die Anhänger der percutanen und subcutanen Application des Quecksilbers oder die Vertheidiger löslicher und unlöslicher Salze als principielle Gegner gegenüberzustellen. Die Frage, welche die Therapeuten scheidet, betrifft die Dauer der Behandlung. Da steht auf der einen Seite die Dauerbehandlung oder, richtiger gesagt, die chronisch intermittirende Behandlung (Méthode des traitements successifs), deren Anhänger, Fournier an der Spitze, besonders in der französischen Schule an Zahl und Bedeutung sehr in's Gewicht fallen, deren Vertheidigung in Deutschland Neisser energisch führt. Auf der andern Seite sind es besonders deutsche Autoritäten Kaposi, Caspary u. A., die sich im Principe nur für die symptomatische, durch deutliche Manifestationen der Syphilis begründete Anwendung des Quecksilbers resp. des Jod erklären, sich sogar auch dann womöglich auf eine locale Application der Medicamente ad locum affectus beschränken.

Die Gründe der Vertheidiger der sogenannten Dauerbehandlung sind: Ein chronisches Leiden erfordert auch eine chronische Behandlung. Die Syphilis ist in ihrem Verlaufe unberechenbar, zwischen latenter und geheilter Syphilis können wir kaum unterscheiden. Berücksichtigt man dazu die eminente Zähigkeit und die Vererbungsfähigkeit der Syphilis, so wird man gezwungen so ausdauernd wie möglich den Kampf gegen dieselbe mit den uns als die geeignetesten Waffen bekannten Mitteln zu führen.

Dagegen die Gegner: Der Verlauf der Syphilis ist meistens günstig, dieselbe erlischt oft mit den Secundärerscheinungen für alle Zeit; in Folge dessen ist keine Indication dafür vorhanden, unterschiedslos alle Syphilitiker jahrelang zu behandeln, zumal an sich die Quecksilberwirkung in Folge der langsamen Ausscheidung des Quecksilbers sehr lange nachwirkt. Die langdauernde Anwendung des Quecksilbers ist nicht nur nicht nöthig, sondern auch schädlich, und zwar erstens in physischer Beziehung, da dasselbe auf Nerven und Gefässe schädigend einwirkt, zweitens psychisch, da man die Kranken nicht zu Ruhe kommen lässt, die dann im Ringen «zwischen der Scylla der Syphilophobie und der Charybdis der Hydrargyrophobie ermattet untergehn».

Unterwerfen wir die Gründe der Gegner und der Vertheidiger der chronisch-intermittirenden (protrahirt cumulativen) Behandlung einer eingehenderen Betrachtung, so werden wir vor Allem die principielle Ablehnung derselben auf ihre Grundlagen zu prüfen haben. — Kaposi verkennt nicht die Motive der Fournier'schen Schule und lässt ihnen in dem jüngst erschienenen zweiten Theile seines Lehrbuches im Ganzen vollkommene Gerechtigkeit wiederfahren, kann aber dieselben doch nicht als vollgültige Indicationen anerkennen. Ist diese princi-

pielle Ablehnung nun berechtigt? Bedarf die Syphilis als ein chronisches Uebel einer chronischen Behandlung? Ist überhaupt die Syphilis in der Regel ein chronisches Uebel? Um zunächst die letzte Frage zu erledigen, so dürfte wohl über die Bejahung derselben kein Zweifel herrschen. Es ist ja fraglos, dass die Syphilis oft mit den Secundärerscheinungen dauernd erlischt, d. h. gewissermaassen acut verläuft, wenn wir den Begriff «acut» etwas ausdehnen. Aber erstens trifft dieses lange nicht immer, ja kaum in der Majorität der Fälle ein, und zweitens haben wir absolut keine Merkmale, nach denen wir das Ende der Syphilis zu erkennen vermögen. Niemals können wir mit Sicherheit sagen «die Syphilis ist geheilt»; stets müssen wir, wollen wir gewissenhaft sein, zusetzen «zur Zeit». Man mag über die Bedeutung der Syphilis noch so optimistisch denken, das wird Jeder zugeben müssen, dass über dem Haupte jedes einmal von der Syphilis Ergriffenen dieselbe als Damoklesschwert viele Jahre, zuweilen sogar bis 30 Jahre schwebt, und wir niemals mit Sicherheit, oft nicht einmal mit Wahrscheinlichkeit eine bestimmte Prognose des Leidens stellen können. Wir vermögen absolut nicht zu unterscheiden, ob die Syphilis latent ist, sich nur in den Hinterhalt gelegt hat, um bei irgend einer Gelegenheit wieder hervorzubrechen, oder erloschen, todt ist. Nur die Impfung mit dem Virus syphiliticum könnte vielleicht entscheiden und diese dürfen wir wohlweislich nicht anwenden. Der Hinterhalt, in dem sich die Syphilis verkriecht, ist ja vornehmlich gegeben in den Drüsen, wenn nicht — wie wahrscheinlich — oft an dem Sitze früherer Localaffecte auch schlummernde Keime zurückbleiben. Nichts ist aber unsicherer als aus der Beschaffenheit der Drüsen über das Vorhandensein der Syphilis ein Urtheil zu fällen. Einerseits ist der positive Befund nicht ausschlaggebend, denn die Drüsen sind bei vielen Menschen, die von Syphilis absolut frei sind, oft sogar nicht unerheblich angeschwollen. Andererseits entscheidet auch der negative Befund nicht, denn viele, ja sogar die meisten Drüsen entziehen sich der Palpation vollkommen. Man kann ja wohl meistens bestimmt sagen «Der ist syphilitisch», aber niemals mit voller Gewissheit «Der ist n i c h t syphilitisch». Wir kommen ja, besonders wenn der Kranke heirathen will, oft in die Lage, eine bestimme Auskunft geben zu müssen, ob er frei von Syphilis ist. Mir war diese Frage immer eine der unangenehmsten und am schwersten zu beantwortenden. Meiner Ueberzeugung nach können wir mit voller Gemüthsruhe nur selten zum Heirathen rathen oder gar zureden, einen kleinen Vorbehalt werden wir stets machen müssen — auch wenn der Kranke jahrelang von allen Erscheinungen frei geblieben ist. Eine bestimmte Diagnose der Heilung der Syphilis ist eben nicht zu stellen, dessen muss sich Jeder bewusst sein, ohne dass er deshalb gleich ein Pessimist zu sein braucht. Dagegen werden Jedem Fälle bekannt sein, in welchen als geheilt betrachtete Syphilis plötzlich und unerwartet nach vielen Jahren wieder an den Tag getreten ist — und dann sogar oft mit den schwersten Erscheinungen. Es sei mir gestattet hier kurz ein trauriges Beispiel dafür vorzuführen, wie sich eine Ignorirung einer scheinbar abgelaufenen Syphilis grausam rächen kann:

Ein kräftiger Besitzer verheirathet sich mit der Schwester eines ihm befreundeten, sehr tüchtigen Arztes nach vorher eingeholter Einwilligung des Letzteren, trotzdem er vor vier Jahren sich inficirt hatte. Sein Freund und Arzt, der ihn auch damals behandelt hatte, stimmte der Ehe zu, da seit mehreren Jahren kein Symptom von Syphilis aufgetreten war. Während der Verlobungszeit bekam der Bräutigam ein hochgradiges pleuritisches Exsudat, angeblich nach einer Erkältung. Ich behandelte ihn und gab ihm, wie üblich, als Resorption beförderndes Mittel Jodkalium, und war erstaunt über das nach dieser Medication eintretende ungemein schnelle Schwinden des Exsudats, da ich nicht recht an die grosse Bedeutung des Jod in dieser Richtung glaube. Heute ist mir der Vorgang verständlicher; damals waren mir die Antecedentien des Patienten nicht bekannt. Zwei Wochen nach der unter den glücklichsten Auspicien geschlossenen Ehe stellten sich bei dem jungen Ehemann heftige Kopfschmerzen und Erbrechen ein, wozu sich bald psychische Anomalien gesellten in Gestalt wirrer Reden, Erregungszustände etc. Die Beobachtung liess bald keinen Zweifel, dass es sich um eine luetische Hirnaffection handelte; erst nach Stellung der Diagnose erfuhr ich von dem Collegen die Vergangenheit des Patienten. Ohne Fieber stellten sich sehr bald Erschwerung der Sprache, Benommenheit des Sensoriums, Paralyse der Beine und der Blase ein und trotz entsprechender, leider sehr schlecht vertragener antiluetischer Kur, trat in wenigen Wochen der Exitus letalis ein zur grössten Gewissensqual seines Freundes, Schwagers und Arztes, der die Ehe gestattet hatte. Wenn später, allerdings erst nach ca. 9 Jahren, der Geist des Arztes umnachtet worden ist, so weiss ich nicht, ob die ungeheure Erschütterung, die damals sein Gemüth erlitten, nicht dazu die Grundlage gegeben.

Enden auch nicht alle Fälle so tragisch, so ist es doch ein alltägliches Ereigniss, dass schwere Erkrankungen innerer Organe nach vielen Jahren uns mahnen, dass die sogenannte geheilte Syphilis nur latent war, selbst wenn ich von der Tabes, die vielleicht nur indirect mit der Syphilis in Verbindung steht, ganz absehe. Noch häufiger sind die Fälle, in denen die scheinbar geheilte Syphilis sich bei sonst gesunden Menschen durch ihre verderblichste Eigenschaft kund giebt, durch ihre Vererbungsfähigkeit. Allerdings ist das nicht immer der Fall, sonst wäre die Syphilis wohl eine Geissel, die die Menschen decimirte; es kommt oft genug vor, dass syphilitisch inficirte Männer selbst gesund bleiben und gesunde Kinder zeugen, aber diese Fälle schaffen die positiven nicht aus der Welt, weil wir es in keinem Falle dem inficirt gewesenen ansehn können, ob die Ehe sich so glücklich gestalten wird. Wenn nun die Gegner der chronisch-intermittirenden Behandlung sagen: ja die Syphilis verläuft oft so gutartig, so «acut», dass man auf die Möglichkeit hin, dass schwere Erscheinungen auftreten, nicht Alle mit einer langen Behandlung quälen darf, dann können die Vertheidiger mit demselben Recht den Spiess umdrehen und ausführen: es tritt bei vielen scheinbar geheilten Syphilitikern später an ihnen oder ihren Früchten die Syphilis wieder hervor, so dass es nicht richtig ist, in der Hoffnung auf die Möglichkeit eines Erloschenseins der Syphilis die Hände in den Schooss zu legen und ruhig abzuwarten, bis es vielleicht zu spät ist. Wir besitzen eben nicht nur keinen bestimmten Beweis für die Heilung der Syphilis, sondern auch kein bestimmtes Urtheil über die Schwere der Syphilis. Was ist eine schwere Syphilis? Die Schwere kann sich ja nach zwei Richtungen kundgeben: Entweder die Folgen der Syphilis treten Schlag auf Schlag ein, tertiäre Erscheinungen treten schon früh auf — galoppirende Syphilis; nun in diesem Falle wird ja auch die Symptombehandlung zur Dauerbehandlung. Oder es treten nach leichten Secundärerscheinungen und langen, oft jahrelangen Zwischenräumen auf Syphilis basirende Erkrankungen lebenswichtiger Organe ein, eine Thatsache, die der innere Mediciner bei der Anamnese stets berücksichtigen muss, resp. die Syphilis bekundet ihr Vorhandensein durch die Vererbung. Die letztgenannten Eventualitäten sind eigentlich sogar die traurigeren, weil sie für den Patienten und seine Nachkommen lebensgefährlicher sind und oft ganz unerwartet kommen. — Es wird der Situation gegenüber nicht anders möglich sein, als vom praktischen Standpunkte aus lieber a pejore auszugehen, das Schlechte anzunehmen, die Syphilis in jedem Falle als chronisches Leiden zu betrachten und zu behandeln, soweit wir es überhaupt vermögen.

Allerdings muss dann vorausgesetzt werden, dass die chronische intermittirende Behandlung mit Quecksilber, Jod, Z i t t m a n n'schen Decocten etc. nützlich ist, d. h. den Verlauf der Syphilis günstiger gestaltet, und zweitens nicht schädlich ist, d. h. nicht andere böse Folgen für den Körper hat, die die Folgen der Syphilis compensiren

oder noch an Malignität übertreffen. Dass eine chronisch intermittirende Behandlung nützlich ist, ist nun aber schwer zu beweisen. Die Statistik kann bei jedem Falle sagen: wenn er nicht behandelt wäre, wäre er auch günstig verlaufen. Dennoch glaube ich, dass vornehmlich die auf grossen und ausgedehnten Erfahrungen begründeten Angaben Fournier's dabei als beweisend und ausschlaggebend angesehn werden können. In seinem Werk «über die Vererbung der Syphilis» führt er unter Citirung zahlloser Belege aus, dass die Vererbungsfähigkeit der Syphilis günstig beeinflusst wird einerseits durch das Alter derselben, andererseits durch die Intensität der vorausgegangenen Behandlung. Dieser Fournier'schen Behauptung muss zweifellos die grösste Beweiskraft beigemessen werden. Wenn chronisch-intermittirend Behandelte in der That öfter gesunde Kinder zeugen, als symptomatisch Behandelte, wenn die in Rede stehende Behandlungsmethode die schrecklichste Eigenschaft der Syphilis mit Erfolg bekämpft, dann ist dieselbe zweifellos indicirt.

Zweifeln wir nun aber nicht an der Nützlichkeit, so müssen wir auch andererseits die Unschädlichkeit prüfen, und damit gelangen wir zu den Einwänden der Gegner, die wir sicher als gewichtig und beherzigenswerth respectiren, aber meiner Ueberzeugung nach nicht als absolute, sondern nur als relative Contraindicationen acceptiren müssen. Der erste Einwand in dieser Richtung lautet: Die chronisch-intermittirende Behandlung ist physisch schädlich. Man kann den Gegnern derselben nicht dankbar genug sein, dass sie diesen Grund betonen und damit uns immer wieder darauf hinweisen, dass wir es besonders beim Quecksilber mit einem durchaus nicht indifferenten Medicamente zu thun haben. Es ist nicht zu bezweifeln, dass wir durch Quecksilber krankhafte Veränderungen besonders in Nerven und Gefässen erzeugen können, die den pathologischen Erscheinungen der Syphilis an Schädlichkeit nicht nachstehen, vielleicht sogar überlegen sind. Aber ist diese Möglichkeit eine Contraindication oder nur eine berechtigte und beherzigenswerthe Mahnung zur Vorsicht und zum rationellen Vorgehn? Ich glaube nur das letztere. Wenn wir von den Fällen absehn, in denen eine Idiosynkrasie besteht, in denen nach Quecksilber sofort Stomatitis, Diarrhoen, Kachexie eintreten, die dasselbe sofort contraindiciren, wenn wir schwere Organ- oder Constitutions-Erkrankungen ausschliessen können, dann werden wir die Behandlung nach Fournier'scher Weise ohne Schaden stets durchführen können. Man muss nur beherzigen, dass das Quecksilber lange im Körper bleibt und deshalb cumulirend wirkt. Man darf deshalb nicht die Einzelkur ad infinitum ausdehnen, sondern muss nach einer mehrwöchentlichen Kur eine mehrmonatliche Pause machen, in der Zwischenzeit aber durch Bäder etc. die Elimination des Quecksilbers zu befördern suchen. Man muss eventuell auch einmal eine Kur mit Zittmann'schen Decocten einschieben, deren Gehalt an Quecksilber ja ganz nebensächlich ist, die aber auch die Ausscheidung des Virus syphiliticum aus dem Körper begünstigen. Man muss eventuell durch eine Harnanalyse nach Ludwig resp. elektrolytisch festzustellen suchen, ob von der vorigen Kur keine Quecksilberreste mehr im Körper circuliren. Kurz, man muss dem Körper Zeit lassen sich von der Einwirkung des Quecksilbers zu erholen. Es darf eben die Behandlung mit Quecksilber keine chronische, sondern nur eine chronisch-intermittirende sein. Thut man dieses alles, was von jedem vernünftig und mit Ueberlegung vorgehenden, individualisirenden und nicht schematisirenden Arzte verlangt werden muss, berücksichtigt man dazu stets die Constitution des Kranken, beachtet man jede Albuminurie, jede Darmaffection etc., dann ist wohl gegen eine wiederholte Quecksilberkur bei Syphilitischen auch zu Zeiten, in denen die Syphilis nicht floride ist, nichts einzuwenden. Kaposi sagt ja selbst, dass eine Quecksilberkur an sich absolut unschädlich ist, und räth ja auch beispielsweise vor der Verheirathung des Patienten auch ohne Vorhandensein syphilitischer Erscheinungen eine solche prophylaktisch an; nun da ist nur noch ein kleiner Schritt bis zur chronisch-intermittirenden Behandlung, die ja nur eine mehrmalige Wiederholung der Kur ist mit Freilassung der Intervalle, die nöthig sind, um den Patienten vollkommen jede etwaige Nachwehe der vorhergehenden überwinden zu lassen. Wenn Kaposi vermuthet, dass vielleicht die zahlreichen Fälle von Hirnlues in Frankreich auf die Fournier'sche Behandlung zurückzuführen sind, so ist das eben nur eine Vermuthung, der die Ansicht Fourniers gegenübersteht. Ich glaube einerseits, dass die grosse Zahl von Hirnlues in Frankreich dadurch herauskommt, dass dort viele Fälle — und wohl nicht mit Unrecht — als Hirnsyphilis bezeichnet werden, die wir als progressive Paralyse, chronische Encephalitis etc. bezeichnen, ohne der luetischen Entstehung dadurch zu präjudiciren. Andererseits aber ist vielleicht das Nervensystem der Franzosen überhaupt für krankhafte Affectionen, für die Einwirkung eines Virus zugänglicher, weniger resistent. Wir sehn ja auch bei andern Nervenleiden, dass die Zahl absolut und relativ dort erheblich grösser ist, dass die Hysterie dort nicht nur noch verbreiteter, sondern auch in ihren Aeusserungen schwerer ist; wir wissen ja, wie leicht dort das Nervensystem hypnotischen Einflüssen zugänglich ist. Und da liegt es wohl nicht fern anzunehmen, dass auch die Lues da den ihr zusagenden Boden eher finden wird.

Also der physische Schaden dürfte bei einer vernünftig, nicht schematisch geleiteten chronisch-intermittirenden Behandlung nicht sehr hoch anzuschlagen sein; aber der psychische, wie steht es mit diesem Einwand der Gegner? Ich halte denselben für einen gewichtigen, der nicht selten in Betracht gezogen werden muss. Grade dieser Einwand ehrt die Gegner, zeugt er doch dafür, dass sie den Menschen im Ganzen im Auge behalten und nicht nur an seine Syphilis denken, dass sie nicht à tout prix die Syphilis bekämpfen, selbst auf Kosten des Gesammtorganismus. In der That ist die Möglichkeit einer Schädigung des Patienten in dieser Richtung grade sehr zu befürchten. Es ist durchaus nicht immer gleichgültig, ob man einen Patienten durch jahrelange Kuren immer wieder dazu bringt an sein Leiden unaufhörlich zu denken, mit Angst sich zu beobachten und stets vor neuen Erscheinungen zu zittern. Solche Menschen kommen schnell herunter, nicht etwa durch das Quecksilber, Jod etc. sondern durch die ewige Angst und Aufregung, die bald zu Schlaflosigkeit, Unruhe, Appetitmangel, Herzklopfen und Anaemie führt. Sie kommen durch die Kur sicher aus dem Regen in die Traufe; im besten Falle werden sie die Syphilis los, aber damit leider nicht immer auch die Syphilophobie, die Neurasthenie, die Hypochondrie. Solchen Menschen muss man ihre Syphilis zuweilen gradezu ausreden und nur im Nothfall Kuren unternehmen lassen.

Also dieser von mir sehr hoch geschätzte Schaden ist sicher eine Contraindication, aber zum Glück auch keine absolute, denn sie gilt doch nur für einen Theil der Kranken, für die Aengstlichen und Neurasthenischen, und nicht alle Syphilitiker gehören zu ihnen. Man muss da eben, bevor man sich zu der chronisch-intermittirenden Kur entschliesst, den Charakter der Patienten sondiren, wozu ja in der Zeit des Primäraffects und der ersten Secundärerscheinungen meistens genügend Gelegenheit ist und Gelegenheit gesucht werden muss; je nach dem Ergebniss dieses Sondirens muss man individualisirend verfahren. Der Charakter des Patienten ist da meistens von grösserer Bedeutung als die, wie schon erörtert, oft kaum zu beurtheilende Schwere der Syphilis. Will man schematisi-

ren, dann kann man die Syphilitiker in drei Klassen theilen. Erstens die Neurastheniker, von denen wir ja eben gesehen, dass sie sich fast in keinem Falle — eine Ausnahme bespreche ich noch — für eine Dauerkur eignen; nur bei dringenden Indicationen darf man sie einer Behandlung unterziehn. Die zweite, durchaus nicht kleine Kategorie von Syphilitikern sind die leichtsinnigen, leichtlebigen, die ihre Syphilis vergessen, wenn sie kaum den letzten Salbenrest verschmiert, die sich nicht scheuen im floriden Stadium trotz aller Warnung zu coitiren, die aus allen Gläsern trinken, aus fremden Spitzen rauchen, nicht eingedenk der Gefahr, der sie ihnen nahestehende Personen aussetzen, die kein Bedenken tragen, ruhig gleich nach Beseitigung der sichtbaren Syphiliserscheinungen in den Ehestand zu treten. Die Zahl solcher Patienten, die an Gemeingefährlichkeit den Geisteskranken nicht nachstehen, die ebenso leichtsinnig wie gewissenlos handeln, ist nicht klein. Solche Menschen muss man auf das Damoklesschwert immer wieder hinweisen, solchen Menschen muss man einen Zügel anlegen durch eine Dauerkur, vorausgesetzt, dass sie ihn sich anlegen lassen. Das ist sicher eine Wohlthat für sie und ihre Mitmenschen. Der Charakter dieser Kategorie gilt ebenso bestimmt als Indication für die Dauerbehandlung, wie derjenige der Neurastheniker als Contraindication, für sie ist es ebenso eine psychische Wohlthat, wie für die letzteren eine psychische und in der Folge oft auch physische Schädigung.

Die dritte, leider etwas spärliche Gruppe von Patienten bilden diejenigen, welche die goldene Mittelstrasse wandeln und sich von den beiden eben geschilderten Extremen fernhalten. Sie denken ruhig, vernünftig und ernst, sie thun, was der Arzt ihnen als nöthig in klarer Weise vorschreibt, ohne zu Syphilophoben zu werden, ohne die Syphilis zu ignoriren. Bei solchen Patienten entfaltet die rationell geleitete chronisch-intermittirende Behandlung ihre guten Wirkungen ohne Schaden. Die rationelle Leitung wird den Vorwurf als unberechtigt kennzeichnen, dass man aus dem ruhig denkenden Menschen durch die Kur einen Neurastheniker macht.

Dieses wäre etwa das Schema, für das der Charakter des Menschen die Eintheilungsbasis abgiebt, aber mit einem solchen Schema ist wenig gethan. Wenn man auch noch so viele Schemata hat, die Hauptsache bleibt doch immer die Kranken in denselben richtig rubriciren, und da ist noch Arbeit genug für den denkenden Arzt. Für diesen kommt dann noch als ein maassgebendes Moment die Frage hinzu, ob die Wahrscheinlichkeit einer Vererbung vorhanden ist. Ist Patient verheirathet oder will er heirathen, dann ist gewiss gemäss der oben erwähnten Statistik von Fournier die energische Behandlung doppelt indicirt. In diesem Falle machen sogar die Neurastheniker zuweilen keine Ausnahme und müssen der chronisch-intermittirenden Kur unterzogen werden.

Fassen wir nun das im Obigen Gesagte zusammen, so geht daraus hervor, dass ich in dem Streite für und gegen die chronisch-intermittirende Behandlung ein vermittelndes Wort zu sprechen mich bemühe. Ich leugne es, dass es ausschlaggebende Gründe giebt, welche dieselbe im Allgemeinen a limine abzulehnen befehlen. Sie ist nützlich und bei rationellem Verfahren gefahrlos. Besonders bei leichtsinnigen Syphilitikern und wo die Gefahr der Vererbung droht — in geringerem Maasse ist sie wohl immer vorhanden — dringend indicirt. Gewichtige Contraindicationen giebt es bei diesem wie bei jedem therapeutischen Verfahren. Zu diesen Contraindicationen gehört nicht die sogenannte «leichte» Syphilis, weil wir nicht in der Lage sind über den Grad der Syphilis bestimmt zu urtheilen, weil nach leichten Secundärerscheinungen und langjährigen Pausen oft schwere Tertiärerscheinungen zu Tage treten oder die Syphilis durch die Vererbung sich als ernstes wenn auch schlummerndes Leiden documentirt. Dagegen zählen zu den Contraindicationen schwere Leiden einzelner Organe oder der Constitution, und vor Allem ein ängstlicher, zur Syphilophobie neigender, neurasthenischer Charakter des Patienten. Wie bei allen therapeutischen Eingriffen wird man auch bei der Syphilis das Für und Wider sorgsam zu erwägen haben, wird man auch bei der Syphilis den Patienten in toto im Auge behalten, sich auf den Boden der Gesammtmedicin stellen müssen. Berücksichtigt man Constitution und Charakter, dann wird man auch in diesem Zweige der Therapie speciell mit der chronisch-intermittirenden Behandlung gutes leisten. Man wird dann die letztere recht oft einleiten, aber auch zuweilen ausschliessen, denn «zuerst kommt der Mensch und dann seine Syphilis».

Referate.

Emmerich und Tsuboi: Die Cholera asiatica eine durch die Cholerabacillen verursachte Nitritvergiftung. (Münch. medic. Wochenschr. Nr. 25 u. 26).

Die Thatsache, dass alle in Culturen nachweisbaren giftigen Eiweisstoffe aus dem Zellinhalt abgestorbener Kommabacillen stammen, weist darauf hin, dass die Giftsubstanzen der Kommabacillen für die Pathogenese der Cholera nicht verwerthbar sind, da im Choleradarm die Bacillen nicht abgestorben sind, sondern üppig sich weiterentwickeln und vermehren. Diese Thatsache brachte die Verff. auf den Gedanken, ob nicht die charakteristischen Vergiftungserscheinungen aus der Wirkung anderer Producte der Lebensthätigkeit der Cholerabacillen erklärt werden können. Es ist bekannt, dass die Kommabacillen in künstlichen Culturen grosse Mengen von Nitrit produciren und dass ihnen das Vermögen aus Nitraten, ja sogar kohlensaurem Ammoniak salpetrige Säure zu bilden in hervorragendem Maasse zukommt. Es war daher zunächst festzustellen, in welchen Mengen die salpetrige Säure, resp. Nitrite, giftig wirken, und ob die Vergiftungssymptome mit den bei asiatischer Cholera beobachteten übereinstimmen. In der That zeigen die zahlreichen an Meerschweinchen und Hunden angestellten Experimente, dass das Krankheitsbild bei Nitritvergiftung in allen Einzelheiten mit dem Symptomencomplex der Cholera asiatica übereinstimmt. Die wenigen Erfahrungen über Nitritvergiftungen beim Menschen lassen sich zu folgendem Gesammtbild zusammenfassen: Schwindel, Brechneigung, Erbrechen, häufige Entleerungen dünnflüssiger, gelbgefärbter Flüssigkeit, subnormale Temperatur, Anfangs beschleunigte, später verlangsamte Athmung, Sinken des Blutdruckes, Kleinwerden des Pulses, Cyanose des Gesichts und der Extremitäten, Anurie, dabei freies Sensorium. Eine sehr wesentliche Erscheinung bei Nitritvergiftung ist das Auftreten von Methämoglobin im Blute. Bei Meerschweinchen, welche nach intraperitonealen Injectionen grösserer Mengen von Choleraculturen zu Grunde gegangen waren, fanden die Verff. stets Methämoglobin im Blute. (Im Blute gesunder Meerschweinchen fand sich nach dem Tödten nie Methämoglobin). Es gelang nun ferner nachzuweisen, dass andere methämoglobinbildende Stoffe bei der Cholera nicht in Betracht kommen, und dass das Methämoglobin, welches im Blute von Meerschweinchen auftritt, nur in Folge der durch die Cholerabacillen verursachten Nitritvergiftung entstanden sei. Die Nitritbildung durch den Kommabacillus erfolgt, wie Petri zeigte, durch Reduction von Nitraten, nicht aber durch Oxydation von Ammoniak. Es ist weiterhin wichtig, dass die Cholerabacillen neben Nitrit, zugleich auch Milchsäure aus Kohlehydraten zu produciren vermögen, in Folge dessen die salpetrige Säure aus ihren Salzen allmählich im Darm freigemacht wird und nun viel heftiger wirken kann, als die Nitrite. Es bleibt nun noch zu entscheiden, ob im menschlichen Dünndarm solche Mengen von Nitraten vorhanden sind, dass die Cholerabacillen diejenige Quantität von Nitrit daraus zu bilden vermögen, welche zur Vergiftung und Tödtung von Menschen ausreicht. Auch diese Frage beantworten die Verff. bejahend. Sowohl in dem Trinkwasser, als auch in vielen Nahrungsmitteln (vegetabilischen) sind mehr oder weniger grosse Nitratmengen vorhanden. Es ist daher in den Epidemiezeiten namentlich für nitrat- und nitritfreies Trinkwasser zu sorgen, gleichzeitig wird man vor dem Genuss von nitratreichen Nahrungsmitteln, wie Salat, Gemüse warnen. An Meerschweinchen angestellte Versuche ergaben, dass nitratreiche Nahrung die künstliche Cholerainfection begünstigt und diese besonders intensiv gestaltet. Die therapeutischen Versuche der Autoren das von den Cholerabacillen gebildete Nitrit unwirksam zu machen d. h. chemisch zu verändern, sind bis jetzt noch wenig vorgeschritten. Manche die salpetrige Säure zersetzende Stoffe, wie Jodkalium sind aus mehreren Gründen

nicht anwendbar. Verff. sind der Ansicht, dass mittelst des reducirend wirkenden Schwefelwasserstoffs (per os dargereicht) vielleicht noch am ehesten den Nitriten entgegengearbeitet werden könne; auch könnte man daran denken. Schwefelwasserstoff producirende Bacillen in den Darm einzuführen, die quasi als Antagonisten des Cholerabacillus functioniren würden. Beobachtungen in dieser Richtung sollen nächstens angestellt werden. Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. M. Knies (Freiburg i. Br.): Die Beziehungen des Sehorgans und seiner Erkrankungen zu den übrigen Krankheiten des Körpers und seiner Organe. 484 S. mit 21 Figuren im Texte. Wiesbaden. Bergmann. 1893.

W. R. Gowers: Die Ophthalmoskopie in der inneren Medicin. Mit 81 Holzschnitten im Text und 12 Tafeln in Lithographie und Autotypie. Nach der 3. englischen Auflage übersetzt von Karl Grube. 353 S. Leipzig und Wien. Deuticke. 1893.

Wir haben zwei Werke vor uns, die sowohl dem inneren Mediciner wie dem Augenarzte auf das Wärmste empfohlen sein sollen. Dem Einen sowohl wie dem Andern würden sie gute Führer auf praktischem Gebiete sein und Beiden wird beim Studium derselben der vielfache unzertrennliche Zusammenhang zwischen dem Specialfach und der allgemeinen Medicin auf das Deutlichste vor Augen treten.

Das Buch von Knies kommt einem längst empfundenen Bedürfniss nach und füllt eine Lücke in der neuesten deutschen ophthalmologischen Literatur aus. Denn seit der in den 70-er Jahren im Handbuche von Graefe und Saemisch erschienenen grundlegenden Arbeit von Förster ist eine umfassende Darstellung der Beziehungen zwischen den Krankheiten des Auges und denjenigen des übrigen Körpers nicht mehr gegeben worden. Der grossen Aufgabe, das gewaltige Material unter Berücksichtigung der neuesten Forschungen in vollständiger und dabei übersichtlicher Weise zu bearbeiten, ist der geschätzte Verfasser nun in glänzender Weise gerecht geworden. Das Buch, welches den zweiten Theil von des Verf. «Grundriss der Augenheilkunde» darstellt, ist in der That zu einem Ergänzungsbande für jedes Hand- und Lehrbuch der inneren Medicin und der Augenheilkunde geworden. Eine Fülle von wichtigen und interessanten Thatsachen wird dem Leser in folgerichtiger Anordnung und klarer Uebersichtlichkeit geboten. Die zahlreichen Quellenangaben im Text erhöhen noch dessen Werth. Die Einleitung zum Kapitel über die Nervenkrankheiten enthält eine vollständige Darlegung der Lehre von der Localisation der centralen Augenstörungen. Ein Referat des ebenso reichen wie gedrängten Inhaltes zu geben ist nicht möglich. Wir rathen allen Collegen, die auf dem Gebiete der inneren Medicin oder der Augenheilkunde arbeiten, dieses Buch recht oft zur Hand zu nehmen und recht eingehend zu studiren.

Gower's Werk handelt speciell von den Veränderungen des Augenhintergrundes bei Erkrankungen des übrigen Körpers. Die Bedeutung des Augenspiegels für die Diagnostik der inneren Krankheiten ist, wie Verf. gleich eingangs betont, daher eine so grosse, dass am Augenhintergrunde, wie an keiner anderen Stelle des Körpers, das Verzweigungsgebiet einer Arterie und einer Vene (Centralgefässe), ferner nervöse Gebilde (Sehnerv und Netzhaut) und eine gefässreiche Membran (Aderhaut) der directen Beobachtung zugänglich sind. Daher kann der innere Mediciner durch Erhebung des ophthalmoskopischen Befundes sein diagnostisches Können erheblich erweitern, der Augenarzt aber oft nur durch Berücksichtigung des Allgemeinzustandes zu einer richtigeren Deutung des Augenspiegelbildes gelangen. Ein Buch, wie das vorliegende, welches die auf diesem Grenzgebiete zwischen zwei medicinischen Disciplinen gewonnenen Thatsachen in systematischer Bearbeitung und an der Hand instructiver Abbildungen darlegt, muss daher vielen Collegen willkommen sein. Die deutschen Leser werden dem Uebersetzer Dank dafür wissen, dass er ihnen dieses treffliche Werk des hervorragenden englischen Arztes zugänglich gemacht hat. Es werden darin zunächst, mit besonderer Rücksichtnahme auf die im Ophthalmoskopiren weniger Geübten, die wichtigsten an der Netzhaut und ihren Gefässen, am Sehnerv und an der Aderhaut im Allgemeinen vorkommenden Veränderungen, und dann die ophthalmoskopischen Befunde bei den Erkrankungen der verschiedenen Organsysteme abgehandelt. Die Schreibweise ist eine präcise, die dem Text eingefügten Abbildungen, wie bemerkt, sehr gelungen. Sehr schön ist auch der dem Werke anhangsweise beigegebene Atlas, welcher auf 12 Tafeln eine grosse Anzahl theils in Chromolithographie, theils in Autotypie trefflich ausgeführter Augenspiegelbilder mit erläuterndem casuistischem Text enthält. Blessig.

Prof. Dr. H. v. Ziemssen und Prof. Dr. Jos. Bauer: Arbeiten aus dem medicinisch-klinischen Institute der k. Ludwig-Maximilian-Universität zu München. Dritter Band. 1. und 2. Hälfte. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel 1893. Preis 12 Mark.

Eine Fülle von Arbeiten auf den verschiedensten Gebieten der inneren Medicin liegt uns in diesem Werke vor. Die meisten Arbeiten sind unter Mitwirkung des hochverehrten Münchener Klinikers, von Ziemssen, entstanden — eine Thatsache, die bereits an und für sich für die Gediegenheit und den wissenschaftlichen Werth der Abhandlungen spricht. Einige haben wir bereits ausführlich in Referaten besprochen so: die Arbeiten des königlichen Prinzen von Bayern über Pleuritis, die Untersuchungen von Erlanger über die Anwendung des salicylsauren Natrons per rectum, die sehr interessanten Beobachtungen von Ziemssen's über die Transfusionsmethoden. Mehrere Abhandlungen sind dem Capitel der Leukocytose gewidmet, wobei sehr wichtige Fragen zur Entscheidung gelangen; nicht weniger Interesse dürften die Beobachtungen über cutane und sensorische Anästhesie in Anspruch nehmen, endlich sei hier noch die Arbeit von Eisenhart über die Aetiologie der puerperalen Osteomalacie erwähnt, wobei äusserst wichtige Thatsachen über den Zusammenhang der Osteomalacie mit pathologischen Zuständen in den Ovarien und eine Abnahme der Blutalkalescenz sich ergaben.

Das Werk bietet nach vielen Richtungen hin Belehrung und Anregung und wird gewiss von wissenschaftlich gebildeten Aerzten mit Interesse gelesen werden.

Abelmann.

R. Kaltenbach: Lehrbuch der Geburtshülfe. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke. 1893.

Wenn ein Autor von der bekannten Tüchtigkeit Kaltenbach's es unternimmt ein Lehrbuch zu schreiben, um in demselben die Resultate vieljähriger klinischer Beobachtung niederzulegen, kann er des Erfolges wohl ziemlich sicher sein. Das Buch ist ein Glied der Enke'schen Sammlung medicinischer Lehrbücher die als «Bibliothek des Arztes» herausgegeben werden. In knapper Fassung behandelt Verf. das umfangreiche Gebiet der Geburtshilfe. Die Eintheilung des Stoffes ist übersichtlich, auch hat die Vollständigkeit trotz der verhältnissmässigen Kürze — ca. 500 Seiten — keineswegs gelitten. Die leicht verständliche Darstellungsweise wird wohl besonders dem Anfänger das Studium der Geburtshülfe wesentlich erleichtern. Einige Kapitel, z. B. die Beschreibung der puerperalen Wundkrankheiten haben Ref. besonders gefallen. Natürlich bringt Verf. in noch streitigen Fragen seinen subjectiven Standpunkt zur Geltung. Bei der Behandlung der Steisslagen, z. B. wird das prophylaktische Herabholen des Fusses als «unbesonnenes Vorgehen» perhorrescirt. Die Dührssen'sche Tamponade des Uterus bei Atonie lässt K. nur für äusserste Nothfälle gelten, er sieht es als geradezu bedenklich und gefährlich an, wenn sich die Aerzte zu dieser eingreifenden intrauterinen Behandlung und zwar mit Vernachlässigung anderer Methoden entschliessen wollten. Nach K. führen die anderen Behandlungsmethoden bei richtiger und consequenter Durchführung fasst immer zum Ziel. Den Erkrankungen der Neugeborenen ist im Buch ein besonderer Abschnitt gewidmet. Zahlreiche gut gewählte instructive Zeichnungen erläutern den Text. Das Buch ist von der Enke'schen Verlagshandlung in gewohnter Weise vorzüglich ausgestattet. Wir können demselben nur vollen Erfolg wünschen. W. Beckmann.

Jahrbuch der praktischen Medicin, begründet von Dr. Paul Börner, herausgegeben von Dr. S. Guttmann. Jahrgang 1893. Stuttgart, Enke 1893.

Indem wir das Erscheinen dieses bekannten, vortrefflich redigirten Jahresberichts anzeigen (der vorliegende Band enthält die Fortschritte der medicinischen Wissenschaften im Jahre 1892), geben wir dem Wunsch Ausdruck, dass das Werk auch nach dem Tode des leider kürzlich verstorbenen S. Guttmann in gleicher Weise wie bisher fortgesetzt werden möge. Vielen Aerzten, denen das «Jahrbuch der praktischen Medicin» ermöglicht hat, sich fortlaufend über die wichtigen Neuerungen in der Medicin zu orientiren, würde damit unzweifelhaft ein grosser Dienst erwiesen werden. W.

Mittheilungen

aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

5. Mai 1893.

Dr. Girgensohn demonstrirt eine Anzahl von Plänen und Ansichten, das Stadtkrankenhaus betreffend und hält im Anschluss daran einen Vortrag über die Entstehung desselben (der Vortrag erscheint im Druck).

Dr. Schabert demonstrirt zwei Temperaturcurven von einem Patienten mit einer Pneumonie, von denen die eine die in der Achselhöhle, die andere die gleichzeitig im Mastdarm gemessenen Temperaturen angiebt. Der Fall ist dadurch bemerkenswerth, dass die Differenz der gleichzeitig gemessenen Temperaturen bis zu 2,4° C. beträgt. Die Temperaturmessungen sind vom Vortragenden zum Theil selbst ausgeführt worden, so dass er für das wirkliche Vorhandensein so grosser Differenzen einstehen kann. Die Veranlassung zu den Rectummessungen war gegeben durch die auffallend niedrigen Achselhöhlentemperaturen. Die Pneumonie war eine doppelseitige und betraf einen an Arteriosklerose leidenden Mann. Am 3. Tage der Erkrankung wurde ca. 1½ Bierglas Blut ausgehustet.

Dr. Voss fragt, ob während der niedrigen Achselhöhlentemperaturen Collaps vorhanden gewesen. Dr. S. verneint die Frage. Dr. Deubner berichtet über einen Pat., bei dem in der Reconvalescenz nach Erysipel bei vollständigem Wohlbefinden Achselhöhlentemperaturen von wenig über 35° aufgetreten seien, während die Rectummessung normale Verhältnisse ergab. Pat. habe angegeben, dass schon gelegentlich früherer Krankheiten den Aerzten seine überaus niedrigen Achselhöhlentemperaturen aufgefallen seien.

Z. Z. Secretär: Dahlfeld.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Seit undenklichen Zeiten wird Pichi (Fabiana imbricata) in Amerika bei Krankheiten der Harnwege angewandt. Die Versuche von Holländer die wirksame Substanz rein darzustellen glückten nicht, und ist bis jetzt nur das Extractum Pichi-Pichi fluidum (Merck) bekannt. Es ist eine dunkelbraune Flüssigkeit von sehr angenehmem Geruch, der Geschmack ist intensiv bitter. M. Friedländer hat damit Versuche an Kranken, vorzugsweise bei Cystitis und Gonorrhoe angestellt. Die Resultate waren recht gute, theilweise überraschende. Da dieses Extract keine Digestionsstörungen hervorruft, vielmehr im Gegentheil als Amarum den Appetit anregt, so scheint es nach F. berufen die bisher gebräuchlichen Mittel wie Balsamum Copaivum, Ol. Santali, Ol. Terebinthinae zu verdrängen. Die Verordnung geschah theelöffelweise 3 mal täglich mit etwas Zucker.

(Therap. Monatsh. Nr. 7.)

— Huberwald empfiehlt dringend die Anwendung von Chinin bei der Cholera. Am besten wird bei kleinen Kindern Chininum muriat. carbamidatum in Wasser gelöst mit Zusatz von Extr. Liquir. gegeben, bei grösseren 2 stündlich 0,1 Chin. muriat in Pulverform (0,8 pro die), bei schweren Fällen subcutane Injection von 0,8—1,0 Chinini mur. carbam. in 1,0 Wasser gelöst. Die Durchfälle sollen bei dieser Behandlung rasch nachlassen, der Puls hebt sich, die Haut wird wärmer, der Kranke ist meistens in einigen Tagen hergestellt.

(Jahrb. f. Kindh. Nr. 35).

— Prof. Pott (Halle) hat bei einem 1½-jährigen Knaben, bei dem plötzlich ein so heftiger laryngospastischer Anfall eintrat, dass das Kind zu ersticken drohte, durch sofortige Intubation und künstliche Athmung Wiederkehr des bereits sistirten Herzschlages und spontaner Athembewegungen erzielt. (Ther. Monatsh. p. 367).

— Im Verein für innere Medicin (Sitzung vom 3. Juli 1893) demonstrirte Leyden einen Befund, der von grosser Bedeutung ist. Es handelt sich um den sichergestellten Nachweis von Neisser'schen Gonococcen in einem Falle von maligner Endocarditis. Es wurden polypöse Vegetationen an der Aorten- und Mitralklappe und ulceröse Processe constatirt. In den Vegetationen fand nun L. den Gonococcus Neisseri und zwar ausschliesslich, Strepto- und Staphylococcen waren nicht vorhanden. Der Beweis für die Natur des Mikroorganismus wurde erbracht 1) durch die Form (Diplococcus) 2) durch die eigenthümliche Einlagerung in die Zellen 3) durch die Färbung und Entfärbung nach der Gram'schen Methode Es ist dies der erste Nachweis des directen Zusammenhanges zwischen Gonorrhoe und maligner Endocarditis und ein wichtiger Beweis für die Gefährlichkeit der Gonorrhoe.

(Deutsche medic. Wochenschr. Nr. 27).

— Dr. Lieven (Aachen) empfiehlt sehr warm das Europhen für die Behandlung von Nasenkrankheiten. Als zuverlässiges Antisepticum gebraucht er es rein in Pulverform bei allerlei blutigen Eingriffen im Naseninnern. In derselben Form wirkt es gut austrocknend bei Rhinitis hypersecretoria der Kinder, wenn man es nach Reinigung der Nase mittelst eines in 1 ‰ Sublimatlösung getauchten Wattebausches applicirt. In Salbenform (10 pCt.) auf einem Wattetampon applicirt dagegen ruft es bei Rhinitis atrophicans simplex ein angenehmes Gefühl von Durchfeuchtung und Lockerung in der Nase hervor. Man lässt den Tampon 25 Minuten liegen.

Programm

des V. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Die Eröffnung des Aerztetages findet statt:

Mittwoch den 1. September 1893.

12 Uhr Mittags.

Tagesordnung:

I. Sitzung von 12—2 Uhr.

1. Rechenschaftsbericht des Kassaführers.
2. Festsetzung des Ortes und der Zeit des nächsten Aerztetages, sowie statutenmässige Wahlen laut § 8 der Statuten.
3. Rückblick über die Thätigkeit der «Gesellschaft livländischer Aerzte» seit ihrer Gründung.
4. Referat über die Wirksamkeit und den Bestand der «Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra» . . . . Dr. W. Zoege v. Manteuffel.
5. «Zur Verbreitung und Behandlung der Lepra», Vortrag von . . . . Dr. A. Reissner.

II. Sitzung von 3—5 Uhr.

1. Vorträge und Discussion über folgende von den Aerzten angekündigte Themata:
   a) «Ueber die Leucocyten des Blutes und die Blutgerinnung» . . . . Fr. Krüger.
   b) «Zur Behandlung der Stenocardie» . J. Krannhals.
   c) «Die Beziehungen der Arteriosclerose zur Syringomyelie und ähnlichen Erkrankungen» . . . . W. Zoege von Manteuffel.
   d) «Die Hypersecretionszustände des Magensaftes» . . . . H. Westphalen.
   e) «Zur Casuistik der Darminvagination» J. Vierhuff.

Donnerstag den 2. September.

Tagesordnung:

III. Sitzung von 9—12 Uhr.

1. Verlesung des Protokolls des vorigen Tages.
2. Vorträge und Discussion über folgende von den Aerzten angekündigte Themata:
   a) «Ueber die Verbreitung der Strumen in den Ostseeprovinzen» . . . . . R. v. Gernet.
   b) «Beiträge zur Nierenchirurgie» . . . W. Greiffenhagen.
   c) «Zur Frage der operativen Behandlung der Pylorostenose» . . . . . A. Selenkow. (Correferent: H. Westphalen).
   d) «Ueber Trepanation bei Hirnverletzungen». . . . . A. v. Bergmann (Correferent: W. Zoege v. Manteuffel).
   e) «Zur Diagnose und Therapie der Phlebitis sinuum durae matris» . . . . F. Voss.

IV. Sitzung von 1—4 Uhr.

1. Vorträge und Discussion über folgende von den Aerzten angekündigte Themata:
   a) «Ueber Mischinfection bei Osteomyelitis». . . . . Klemm.
   b) «Ueber Pyocyaneus-Infectionen» . . J. Krannhals.
   c) «Ueber Actinomykose» . . . . . . G. Engelmann.
   d) «Ueber die bisherigen Resultate der operativen Behandlung der hochgradigen Myopie nebst Bemerkungen über die Antiseptik bei Augenoperationen» Th. v. Schröder.
   e) «Ueber Hornhautgeschwüre» . . . . E. Jaesche.
   f) «Ueber die Wirkung des Scopolaminum hydrobromicum als Mydriaticum» . . H. v. Krüdener.

Freitag den 3. September.

Tagesordnung:

V. Sitzung von 9—12 Uhr.

1. Verlesung des Protokolls der Sitzungen des vorigen Tages.
2. Demonstrationen aus klinischer und privater Praxis:
   a) «Gynaekologische Demonstrationen» . O. Küstner.
   b) «Chirurgische Demonstrationen» . . W. Zoege von Manteuffel.
   c) «Zur operativen Behandlung des Trachoms» . . . . H. Truhart.

d) «Vortrag über Heilung hysterischer Aphasie durch Hypnose» (nebst Demonstration der Patientin) . . . . J. Meyer.

VI. Sitzung von 1—5 Uhr.

1. Vorträge und Discussion über folgende von den Aerzten angekündigte Themata:
   a) «Ueber Vaginofixation des Uterus» . G. von Knorre.
   b) «Die Discision des Canalis cervicis und die Sterilität der Ehe» . . . . . . Fr. Hach.
   c) «Ueber submucöse Myome» . . . . M. Treymann. (Correferent: G. von Knorre).
   d) «Ueber Geburten mit Wehenschwäche» A. Keilmann.
   e) «Metritis dissecans» . . . . A. v. Schrenk.
   f) «Erfahrungen über die Nachgeburtsperiode». . . . . A. Keilmann.
2. Berathungen über etwa wünschenswerthe Abänderung oder Ergänzung der Statuten (conf. § 23 der Statuten).
3. Verlesung des Protokolls der heutigen Sitzungen.

5 Uhr Nachm.

Schluss des Aerztetages.

Dr. Eduard Bary †.

Am 16./28. Juli verstarb in Baden-Baden Dr. Eduard Bary, — einer der meist beschäftigten Aerzte älterer Generation unserer Residenz. Wir entnehmen der «St. Petersb. Zeit.» folgenden ihm von befreundeter Seite gewidmeten Nachruf:

«Im Jahre 1826 geboren, hat Bary die St. Annen-Schule und dann die mediko-chirurgische Akademie hierselbst besucht, welche letztere er 1851 mit dem Grade eines Arztes verliess, um im Jahre 1855 zum Dr. med. zu promoviren. Seit dem 21. Juni 1851 war er als ausseretatmässiger Ordinator des Marien-Magdalenen-Hospitals angestellt, welch' letzterem er auch bis zu seinem Tode treu geblieben ist; 1860 wurde er jüngerer, 1863 älterer Ordinator dieses Hospitals. Daneben war er 1854 bis 1867 Arzt am Wolkowaschen Armen-Asyl, 1860—1891 Direktor des Asyls der Fürstin Belosselski-Beloserski, ferner Arzt am Helenen-Institut und der Schaffeschen Anstalt.

Mit ihm ist wieder einer jener Männer der älteren Generation dahingegangen, deren Wesen vor Allem Wohlwollen gegen Jedermann, sei er alt oder jung, hochgestellt oder niedrig, kennzeichnet. In seiner ausgebreiteten ärztlichen Praxis hat er hinreichende Gelegenheit gehabt, dieses Wohlwollen zu bethätigen. Einer der besten Beweise dafür ist die von ihm im Jahre 1874 beim Marien-Magdalenen-Hospital begründete Wohlthätigkeits-Kasse, deren Zweck ist, Patienten bei ihrem Austritt aus dem Hospital Mittel zum Leben, Kleidung etc. zu gewähren. Bis zuletzt hat er diese Kasse mit regem Eifer verwaltet. Aber auch ausserhalb der Praxis bethätigte er dieses Wohlwollen in väterlich-freundschaftlicher Weise Allen und besonderes Jüngeren gegenüber, die ihm nahe traten. Sein Haus war ein Sammelpunkt für Viele, die hier neben froher Geselligkeit geistige Interessen vereinten. — Trotz aller Arbeit im Hospital und in der Privatpraxis ist Bary stets der Entwickelung seiner Wissenschaft gefolgt. Die Früchte seiner Studien bot er dann engeren Kreisen in Form von Vorträgen in medicinischen und allgemeinwissenschaftlichen Vereinen. Einige dieser Vorträge sind auch in der «St. Petersburger Zeitung» veröffentlicht.

Vor wenigen Wochen verliess er uns gesund und frisch, um im Auslande Erholung von der Berufsarbeit zu finden. Unerwartet schnell ist er seiner Familie, seinen Freunden und seinen Patienten entrissen worden. Have pia anima»!

Bary war einer der 54 Stifter des «allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte», dem er bis zu seinem Tode angehört hat. Seine Betheiligung am Vereinsleben war eine rege, obgleich er wenig Vorträge gehalten hat. Seine grösste Arbeit, — ein statistischer Bericht über 3273 Fälle von croupöser Pneumonie — wurde vorgetragen am 22. Dec. 1881 und wirkte in hohem Grade anregend. Im selben Jahre berichtete er über einen Fall von Trichinose (21. August) — eine in Petersburg höchst seltene Krankheit. In der «St. Petersb. med. Wochenschrift» 1884 findet sich von ihm ein Aufsatz über die Aetiologie der croupösen Pneumonie auf statistischer Grundlage und in demselben Jahrgang (1884) des «Врачъ» eine Arbeit «über Delirium tremens in St. Petersburg auf Grund 30-jähriger Erfahrung». — Durch rastlose 42-jährige Arbeit ermüdet und — wie sich nachträglich herausstellte, denn er hatte den Befund verheimlicht, — seit einiger Zeit an Diabetes leidend war er nach Deutschland gereist. Dort erkrankte er in Folge geringer Veranlassung an einer Eiterung am Fuss, welche zu rapid aufsteigender Gangrän führte; die schliesslich unterm Knie ausgeführte Amputation konnte den Ausgang nicht abwenden. Seine Leiche wurde von Baden hierher gebracht und am 2./14. August unter grosser Theilnahme seitens der Collegen, der Dienstgenossen und seiner zahlreichen Patienten auf «Smolensk» zur Ruhe bestattet.

Vermischtes.

— Wir erhalten ein von Dr. Hugo Blumenthal unterzeichnetes Telegramm aus Kattagurgan mit der Bitte, die auch von uns in Nr. 28 a. c. reproducirte Nachricht vom Tode des genannten Collegen zu widerrufen. Wir werden uns bemühen, in Erfahrung zu bringen, von wo die falsche Nachricht, die wir sehr bedauern, ausgegangen ist.

— Verstorben: 1) Am 4. August bei Luga der Director des St. Petersburger Hebammeninstituts, wirkl. Staatsrath J. F. Balandin im Alter von 57 Jahren. B. begann nach Absolvirung der Kaiserlichen medico-chirurgischen Akademie im Jahr 1858 seinen Dienst am Findelhause und am Elisabeth-Kinderhospital, wurde 1871 zum Doctor promovirt, und 1873 als zweiter Professor an das Hebammeninstitut berufen, dessen Director er 1877 wurde. Bei seinen zahlreichen Schülerinnen, sowie bei Allen, die in dienstlichen Beziehungen zu ihm gestanden haben und nicht zum wenigsten bei seinen zahlreichen Patienten hat sich der Verstorbene Verehrung und Hochachtung erworben. Als Administrator genoss er einen ebenso grossen Ruf wie als Lehrer und Arzt. — 2) Am 2. August in St. Petersburg der wirkl. Staatsrath Dr. Christian Dencker im Alter von 83 Jahren. Der Verstorbene wurde 1810 in St. Petersburg geboren, erhielt seine Gymnasialbildung in Libau und beendete die medico-chirurg. Academie 1831. Zuerst Ordinator am Obuchow-Hospital, wurde D. nach einer Bildungsreise im Ausland Hausarzt beim Grafen Orlow-Denissow. Diesen Posten verliess er 1837, um wieder in's Ausland zu reisen. Dann war er eine Zeitlang am Kinderhospital des Nikolai-Waisen-Instituts thätig, lebte dann bis vor ca. 10 Jahren ausschliesslich seiner Privatpraxis. In den letzten Jahren konnte er das Haus nicht mehr verlassen. 3) Nach einem vom 5. August datirten Telegramm der Agence Havas starb auf einem Ausfluge in der Umgegend von Paris einer der genialsten Vertreter der medicinischen Wissenschaften, Professor Charcot, an Apoplexie. Seine literärischen Werke, sein praktisches Wirken in der Salpetrière sind weltbekannt. Die moderne Neuropathologie ist wohl zum allergrössten Theil seine und seiner Schule Schöpfung, durch die er seinen Namen unsterblich gemacht hat.

— Anlässlich der Feier des 100-jährigen Bestehens des bekannten Curortes Franzensbad ist beschlossen worden, dem Gründer desselben Dr. B. Adler ein Denkmal zu errichten. Da die Mittel zu einem solchen an Ort und Stelle allein nicht aufzubringen sind, richtet der Bürgermeister von Franzensbad, Ferd. Khittl an alle Freunde des Curortes die Bitte, durch Beiträge die Ausführung dieses Beschlusses zu ermöglichen.

— Nach den «Nowosti» verlässt der Akademiker Prof. J. P. Mershejewski, im kommenden Lehrjahr die militär-medicin. Akademie. Als sein Nachfolger auf dem Lehrstuhl der Psychiatrie wird Prof. Bechterew aus Kasan genannt.

— Zum Nachfolger des verabschiedeten Professors der Ophthalmologie an der militär-medic. Akademie Dobrowolski soll der Privatdocent derselben Akademie L. G. Bellarminow ernannt werden.

— In ausländischen Blättern finden wir die Nachricht, dass der Professor der Gynäkologie in Jurjew (Dorpat) O. Küstner an Stelle des nach Bonn übersiedelnden Prof. H. Fritsch nach Breslau berufen ist.

— Zum Präses der neuerdings vereinigten Hospitalcommission und Sanitätscommission bei der St. Petersburger Duma ist, wie die Residenzblätter melden, das ehemalige Stadthaupt W. L. Lichatschew gewählt worden.

— Das Empfangs- und Fest-Comité des I. Internationalen Samariter-Congresses in Wien 1893 hat sich bereits constituirt und zum Obmanne den Hofrath Ernst Ludwig gewählt. Als Festprogramm wurde festgesetzt: Für den 7. September Abend eine zwanglose Zusammenkunft, für den 8. wurde von der k. k. General-Intendanz eine Festvorstellung in der k. k. Hofoper bewilligt, am 9. findet der Empfang im Rathhause durch den Bürgermeister und die Gemeindevertretung von Wien statt. Am 10. September wird ein Gartenfest abgehalten werden, bei welchem die ersten Künstler Wiens ihre Mitwirkung zugesagt haben; ausserdem sind Ausflüge in die Umgebung Wiens und am 11. September eine gemeinsame Fahrt nach Budapest geplant.

Die Anmeldungen zum Congress haben bereits die Anzahl von 400 überschritten und zwar sind zahlreiche Vertretungen von Regierungen, Städten, ärztlichen Corporationen, Feuerwehren, Samariter-Vereinen und anderen Humanitätsvereinen officiell angesagt. Die Vorarbeiten für den Congress sind nunmehr abgeschlossen, und werden die einleitenden Referate in der nächsten Zeit zur Versendung an die Mitglieder gelangen.

— Die Cholera, die sich im Ausland immer weiter verbreitet, nimmt auch in Russland zu. Im Gebiet der Donischen Kosaken erkrankten vom 29. Juli bis 2. August 562, starben 266 Personen, im Gouv. Kiew erkrankten vom vom 25.—31. Juli 529, starben 184 Pers., im Gouv. Nishni-Nowgorod erkrankten in derselben Zeit 468, starben 191 Personen. Ferner beträgt die Zahl der Erkrankungs- resp. Todesfälle im Gouvernement Ssamara vom 18.—31. Juli 332 (114), in der Stadt Moskau vom 27. Juli bis 2. August 256 (105), im Gouv. Kursk vom 18.—24. Juli 142 (51), Gouv. Kalisch vom 1.—4. August 97 (33), Grodno vom 25.—31. Juli 96 (22), Kasan in derselben Zeit 75 (28), Chersson vom 27. Juli bis 3. August 54 (22), Minsk vom 25.—31. Juli 32 (15), Gebiet der Kuban-Kosaken vom 22. Juli bis 5. August 31 (12), Ssimbirsk vom 25.—31. Juli 31 (11), Gouv. Ssaratow vom 18.—24. Juli 28 (—), Taurien vom 26. Juli bis 2. August 25 (11), darunter ungefähr die Hälfte zweifelhafte Fälle, Gouv. Charkow vom 25.—31. Juli 24 (15), Gouv. Wladimir in derselben Zeit 17 (4), Kutais vom 29. Juli bis 4. August 16 (5), Tiflis vom 27. Juli bis 2. August 11 (6). Vereinzelte Erkrankungs- und Todesfälle sind noch in den Gouvernements Kaluga, Tambow, Kostroma, Tschernigow, Tomsk, Astrachan, Bessarabien, Woronesh, Lomsha, Mohilew, Perm, im Gebiet der Terek-Kosaken und in der Stadt Nikolajew vorgekommen.

In St. Petersburg sind vom 1.—4. August nur 2 Cholerafälle constatirt worden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 7. August d. J. 5338 (146 wen. als in der Vorwoche), darunter 269 Typhus — (1 wen.), 467 Syphilis — (50 wen.,) 43 Scharlach — (8 wen.) 6 Diphtherie — (2 wen.) 15 Masern — (2 weniger), und 15 Pockenkranke (— Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 1. bis 7. August 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
272	241	513	142	50	72	7	4	13	35	43	39	36	41	18	11	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 14, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 3, Scharlach 3, Diphtherie 2, Croup 0, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 11, Erysipelas 4. Cholera nostras 0, Cholera asiatica 1, Ruhr 6, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 72, Tuberculose anderer Organe 7, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 37, Marasmus senilis 21, Krankheiten des Verdauungscanals 147, Todtgeborene 20.

An die Redaction eingesandte Bücher.

Ortner. Die Lungentuberkulose als Mischinfection. Wien. Braumüller 1893.

Lustig. Diagnostik der Bakterien des Wassers. Jena, Fischer.

Ziehen. Leitfaden der physiol. Psychologie. Ibidem.

Neumeister. Lehrbuch der physiol. Chemie. Th. I. Ibidem.

Leopold. Arbeiten aus der königl. Frauenklinik Dresden, Bd. I. Leipzig, Hirzel 1893.

Elsner. Praxis des Chemikers. Lieferung 6—8. Hamburg, Voss.

Noorden. Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels. Berlin, Hirschwald.

Roth. Die Doppelbilder bei Augenmuskellähmungen. Ibidem.

Fritsch. Bericht über die gynäkol. Operationen aus der Breslauer Frauenklinik. Berlin, Wreden 1893.

Schweigger. Therapeutische Indicationen. München, Seitz und Schauer 1893.

Török. Die neueren Wundbehandlungsmethoden. Wien. Braumüller 1893.

Dengler. Der 21. schlesische Bädertag. Reinerz 1893.

Deutschmann. Beiträge zur Augenheilkunde 3—10. Hamburg und Leipzig, Voss 1891—93.

Drasche. Bibliothek der ges. med. Wissenschaften. Lief. 2. Wien, Merlin 1893.

König. Beitr. zur Physiol. der Sinnesorgane I. Hamburg und Leipzig. Voss 1893.

Esmarch und Kowalzig. Handb. der kriegschirurg. Technik. IV. Aufl., Kiel und Leipzig, Lipsius und Fischer 1893.



Доѕв. ценз. Спб. 13 Авг. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER **Neue Folge X. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 34 St. Petersburg, 21. August (2. September) **1893**

Corrigenda.

In der Arbeit von Dr. N. Kirikow über einen Fall von Febris intermittens pneumonica von unregelmässig quartanem Typus (cf. Nr. 26—28 dieser Wochenschrift) sind folgende Correcturen zu machen; es muss heissen

Nr. 26	pag.	244	Spalte	1	Zeile	7	v.	u.	statt	dass	— das
»	»	245	»	1	»	19	v.	o.	»	Kebsch	— Kelsch
»	»	—	»	2	»	35	v.	u.	»	nach Gerhardt	— (nach Gerhardt wieder)
»	»	248	»	1	»	5	v.	o.	»	früher losgelöste	— jüngere, zurückgebliebene
Nr. 27	»	259	»	2	»	38	v.	o.	»	nur	— auch
»	»	260	»	1	»	7	v.	u.	»	in schweren Fällen nur ausnahmweise	— fast immer nur in schweren Fällen
Nr. 28	»	266	»	1	»	6—8	v,	o.	»	wobei ihr Centrum nicht durch Eosin gefärbt, sondern von der Farbe des Stroma des rothen Blutkörperchens war)	— wobei ihr Centrum farblos war, nicht durch Eosin rosa gefärbt, wie das Stroma des rothen Blutköperchens)
»	»	—	»	1	»	20-21	v.	u.	»	Pigments und zerfallene Protoplasmamassen mit Pigmenthäufchen enthielten	— Pigments enthielten, und zerfallene Protoplasmamassen mit Pigmenthäufchen
»	»	—	»	1	»	12	v.	u.	»	oder	— resp.
»	»	—	»	2	»	1	v.	o.	»	pigmentirten	— runden pigmentirten
»	»	267	»	2	»	12	v.	u.	»	quartana	— quotidiana
»	»	268	»	2	»	8	v.	u.	»	Fiebergefühl	— alle subjectiven Erscheinungen, dabei
»	»	269	»	1	»	10	v.	o.	»	langsam abfallendem	— remittirendem

Ueber Zerreissung der Harnblase.

Von

Dr. Oscar Johannsen,

Libau.

Am 9. März 1893 wurde der Hafenarbeiter S. B. in's hiesige Stadtkrankenhaus gebracht. Demselben war ein Baumwollenballen m Gewichte von 20 Pud auf die linke Hüfte gefallen, wobei 'at. das Gefühl hatte, als ob in der Symphysengegend ihm ie Knochen auseinander gegangen wären.

Gleich darauf war ihm etwas Blut aus der Harnröhre abgeangen.

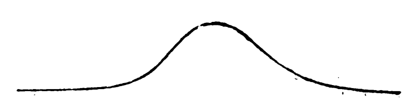
Pat., ein kräftiger Mann von 26 Jahren, klagt über starke chmerzen in der linken Inguinalgegend, woselbst auch eine nschwellung bemerkbar, die sich nach abwärts bogenförmig egrenzt. Die Harnblase steht 3 Finger breit über der Symphyse. ie ganze Symphysengegend ist ebenfalls stark geschwollen, o dass man die Knochen nicht durchfühlen kann.

10. März. In der Frühe starker Harndrang. Urin war bis ahin nicht gelassen worden und die Blase stand eine Handreite unter dem Nabel. Pat. giebt an, dass er beim Drängen das Gefühl habe, als ob sich im Innern Flüssigkeit in die linke Inguinalgegend ergiesse.

Als ich um 10 Uhr in's Hospital kam — es waren unterdessen bereits einige vergebliche Versuche mit weichem und hartem Katheter gemacht worden — fand ich folgendes:

Die Blasendämpfung reicht in der linea alba 4 Finger breit unter den Nabel und geht dann beiderseits symmetrisch in einer Kreislinie nach abwärts fast bis zu einer Linie, welche man sich von einer spin. il. ant. sup. zur anderen gezogen denken kann.

Statt jedoch nun sich nach innen zu wenden und die Kreislinie zu vollenden, wie das der Form einer Blasendämpfung entsprechend wäre, wendet sich hier die Dämpfungslinie beiderseits nach auswärts und geht in fast horizontaler Linie zur spin. il. ant. sup. herab. Entsprechend dieser Dämpfungslinie ist auch eine vermehrte Resistenz zu fühlen.



Ich führte einen silbernen Katheter widerstandslos ein und es entleerte sich eine grosse Menge eines etwas trüben,

jedoch unblutigen Urins, worauf jedoch mit dem herausgezogenen Katheter einige Blutstropfen aus der Harnröhre herauskamen.

Die eigenthümliche Dämpfungslinie war vollständig geschwunden. Puls voll, 102 in der Min.

Temperatur:

	Morgens.	Abends		Morgens	Abends.
10. März	36,8	39,2	19. März	37,9	38,1
11. »	38,3	38,8	20. »	37,5	36,7
12. »	39,2	39,1	21. »	37,2	37,1
13. »	36,4	38,3	22. »	37,4	38,5
14. »	38,2	38,7	2 . »	37,8	37,7
15. »	38,4	38	24. »	37,5	38,4
16. »	38	39,2	25. »	37,6	38,6
17. »	37,4	37,3	26. »	36,5	39,1
18. »	37,8	38,5	27. »	36,5	38,2

Puls schwankt die ganze Zeit zwischen 112—124.

Am andern Tage (11. März) — es war bis dahin kein Urin gelassen worden, Patient hatte im Laufe von 24 Stunden nur ½ Glas Milch genossen — fand ich ganz genau dieselbe Dämpfungslinie vor. Ich hatte am Tage vorher die Linie mit dem Tintenstift aufgezeichnet und die heutige Dämpfung wich auch nicht um eine Linie von der gestrigen ab. Nach Katheterisirung war die Dämpfungslinie wiederum geschwunden. Urin gelb, leicht trübe. Abends trat nach Morphiumininject. und warmen Umschlägen spontane Entleerung blutigen Urins ein.

Am 12. März wurde links hinten im unteren Lungenlappen eine pneumonische Infiltration constatirt. Urin wird spontan entleert, ebenso am 13. März, am 14. dagegen nicht mehr. Wiederum starke Blasenfüllung und genau dieselbe Dämpfungslinie wie früher. Ein Katheter wird eingeführt, es entleert sich aber kein Urin, auch bei Druck auf die Blasengegend fliesst nur eine ganz kleine Portion ab, trotzdem dass der Katheter nicht durch ein Blutgerinnsel verstopft war. In der Nacht nach Morphium und warmen Umschlägen geht der Urin wieder spontan ab, ebenso am 15. und 16. März.

Am 17. März hört der Urin auf bluthaltig zu sein, Pat. ist vollständig fieberfrei, das Befinden leidlich, nur der Appetit wird immer schwächer.

Am 18. März beginnt die linke Inguinalgegend sich mehr hervorzuwölben, die Zunge wird schwärzlich; am 19. Abends tritt schon leichter Sopor ein und zeitweilig starke Pupillenerweiterung.

Am 20. März Morgens fand ich die linke Inguinalgegend geröthet und die Schwellung hatte sich bis auf den linken Oberschenkel verbreitet. Daher machte ich eine breite Incision über dem linken Poupart'schen Bande an dem jetzt vollständig soporösen Patienten. Es entleerten sich Gasblasen und ammoniakalischer bluthaltiger Urin. Das Gewebe war ringsum in weiter Ausdehnung mit dem blutigen ammoniakalischen Urin infiltrirt. Mit dem Finger gelangte ich durch die Incisionsöffnung in eine Höhle, in welche der in der Symphyse gelöste linke horizontale Schambeinast frei hineinragte.

Es gelang durch die Harnröhre einen Nelaton'schen Katheter in die Höhle zu führen; ein zweiter wurde von der Schnittwunde aus hineingeführt; nach 2-stündlichen Ausspülungen mit Borwasser und Borwasserklysmen kam nach 24 Stunden Patient wieder zum Bewusstsein (21. März Abends).

Vom 22—24. März ging die Schwellung des linken Oberschenkels und der Inguinalgegend wieder vollständig zurück, auch stellte sich bereits wieder etwas Appetit ein.

Leider musste ich jetzt verreisen, so dass ich Pat. nicht mehr zu Gesichte bekam, auch der Section nicht habe beiwohnen können.

Am 26. März spricht Pat. gar nicht mehr. Nachmittags tritt eine colossale Respirationsbeschleunigung (60—90 Athemzüge in der Min.) ein, Puls kaum fühlbar, Trachealrasseln. 27. März Abends Exitus.

Section. Beide Katheter, sowohl der in der Harnröhre liegende als auch der in die äussere Wunde eingeführte führen in eine grosse Höhle, die oben vom Peritoneum, vorn von den 2 Ctm. auseinanderstehenden horizontalen Schambeinästen, hinten von der kleinen, comprimirt daliegenden Blase begrenzt wird. Die Urethra sammt einem kleinen Stück des Blasenhalses ist quer von der Blase abgerissen. Das quere Lumen der collabirten Blase an der Durchreissungsstelle bildet eine 2 Ctm. lange Oeffnung. Es war also das ausgedehnte cavum Retzii, welches die eigenthümliche Dämpfungslinie hervorgerufen hatte.

Jetzt konnte ich mir auch erklären, warum am 14. März trotz grosser Urinretention durch den eingeführten und nicht verstopften Katheter auch bei Druck kein Urin herausfloss. Dieses Mal war der Katheter in die leere Blase gelangt und bei Druck über der Symphyse legten sich die Blasenwände noch fester um den Katheter, so dass in die comprimirte Blase kein Urin gelangen konnte.

Gehen wir noch ein Mal alle Symptome durch, welche in diesem Falle durch die Blasenzerreissung hervorgerufen wurden, so hätten wir:

1. die Angabe des Pat., dass gleich nach der Quetschung etwas Blut aus der Harnröhre geflossen sei.

2. am andern Tage die Angabe, dass er beim Drängen das Gefühl habe, als ob sich Flüssigkeit in die linke Inguinalgegend ergiesse.

3. die Schwellung in der Symphysen- und linken Inguinalgegend. Diese könnte auch als Folge einer Fractur des horizontalen Schambeinastes gedeutet werden, die ja hier zweifellos vorlag. Indessen lag mir der Gedanke einer Blasenzerreissung sehr nahe. Als jedoch durch das Katheterisiren die Dämpfung der Blase wieder verschwand, auch der Urin nicht bluthaltig war und später spontan entleert wurde, wurde ich in meiner Annahme wieder schwankend. Es blieb nur die eigenthümliche Form der Dämpfungslinie mir unerklärlich, da ich eine solche Blasendämpfung noch nie gesehen. Ich beschloss daher noch abzuwarten.

4. Das Fieber. Die diagnostische Bedeutung des Fiebers wurde in diesem Falle vollständig auf Null herabgedrückt durch die gleichzeitig eingetretene Pneumonie des unteren linken Lungenlappens. Da ein jeder Versuch, den Patienten aus der Rückenlage in eine andere zu bringen wegen der Beckenfractur fürchterliche Schmerzen hervorrief, so wurde von einer täglichen Auscultation der Lungen Abstand genommen, um so mehr als das Fieber zu sinken begann und Pat. 5 Tage später (am 17. März) ganz fieberfrei wurde. Es war also hier am 8. Tage nach der Verletzung relatives Wohlbefinden eingetreten, während sonst bei extraperitonealer Blasenzerreissung meistens der Tod bereits in der ersten oder zweiten Woche einzutreten pflegt.

5. Erst als die Zeichen der Harnresorption auftraten das völlige Schwinden des Appetits, die schwärzliche Zunge und der Sopor, da war die Annahme einer Urininfiltration nicht mehr von der Hand zu weisen.

6. Endlich wäre als Symptom der Blasenzerreissung die Anfüllung des cavum Retzii mit Urin und die dadurch bedingte eigenthümliche Dämpfungslinie anzuführen.

Einen solchen mit Urin angefüllten präperitonealen Raum fand schon Schlange (cf Archiv für klinische Chirurgie 1892, Band XLIII). Er schreibt daselbst pag. 37:

«Es zeigte sich dabei die sehr bemerkenswerthe Thatsache, dass das Peritoneum sowohl von der Kuppe der Blase als von den Bauchdecken in ganz besonders weiter Ausdehnung bis zum Nabel hin abgelöst war, so dass ein grosser mit Urin gefüllter präperitonealer Raum vorlag.»

Bei der Percussion giebt Schlange an, in der Regio suprapubica nicht die normaler Weise zu erwartende Blasendämpfung, sondern gerade hier tympanitischen Schall erhalten zu haben.

Ich vermuthe, dass Schlange sehr kräftig percutirt hat, wobei man ja eine etwa vorhandene grosse Blasendämpfung auch sehr deutlich hätte hören müssen. Wäre jedoch nur schwach percutirt worden, etwa wie man eine Herzdämpfung herauspercutirt, so wäre wohl auch eine Dämpfung gefunden worden, denn es ist nicht abzusehen, warum ein der Bauchwand direct anliegender, grosser mit Flüssigkeit gefüllter Raum, wie er hier sich vorfand, nicht eine, wenigstens bei schwacher Percussion deutlich wahrnehmbare, Dämpfung abgegeben haben sollte.

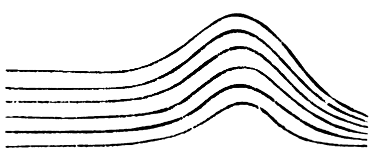
Ich habe einige Versuche angestellt, an der Leiche diese Dämpfungslinie experimentell zu erzeugen und zwar in folgender Weise:

Ich machte lege artis den Schnitt der Sectio alta. [illegible] ich die gefüllte Blase freigelegt hatte, löste hierauf die

selbe nach beiden Seiten circa 4 Cent. von der vorderen Bauchwand ab, legte ein Drainrohr hinein und nähte darauf die Wunde wieder fest. Nun wurde die Blase wieder entleert und der Colpeurynter aus dem Mastdarm entfernt und injicirte ich hierauf durch das heraussteheude Stück Drainrohr Wasser in diesen präperitonealen Raum. Ein Quetschhahn verhinderte den Rückfluss desselben.

Nachdem ich 300 Gramm Wasser injicirt hatte, war die charakteristische Dämpfungslinie da. Ich injicirte hierauf noch 100 Gramm und eine zweite Dämpfungslinie, parallel der ersten, war entstanden.

Ich muss jedoch gleich bemerken, dass ich um Täuschungen auszuschliessen, alle diese Linien nur mit geschlossenen Augen herauspercutirt habe und stets schwache Percussion wie bei der Herzpercussion anwendete.



So injicirte ich noch 400 Gramm und erhielt jedes Mal eine weiter vorgerückte, der vorhergehenden parallele Dämpfungslinie. Dass die Dämpfungen auf der rechten Seite ergiebiger ausfielen als auf der linken, erklärt sich einfach daraus, dass ich das Drain nach rechts hatte ausmünden lassen.

Nachdem so 800 Gramm Wasser injicirt worden waren, eröffnete ich die Bauchhöhle durch einen Schnitt über dem Nabel und betrachtete mir den präperitonealen Raum von seiner Rückseite. Derselbe hatte in seinem oberen Theile einen Dickendurchmesser von circa 3 Ctm.

Ich wiederholte hierauf das Experiment an einer zweiten Leiche, nur legte ich dieses Mal das Drain nicht mehr zur Seite, sondern gerade in die Mitte. Nach Injection von 300 Gramm war wiederum dieselbe Dämpfungslinie aufgetreten, aber diesmal vollständig symmetrisch. Durch weitere Injection von Wasser liess sich jedoch dieses Mal die Dämpfung nicht vergrössern — es hatte mein Gehülfe mit zu grosser Kraft injicirt und das Peritoneum hatte einen Riss bekommen.

Auf Grundlage dieser Untersuchungen glaube ich, dass man in Zukunft aus einer solchen Dämpfungslinie auf eine Ausdehnung des Cavum Retzii durch Flüssigkeit wird schliessen können und wenn nach Anwendung des Katheters diese Dämpfungslinie wieder schwindet, so ist Urin die ausdehnende Flüssigkeit gewesen und es handelt sich dann um einen extraperitonealen Blasenriss.

Es wäre somit ein Symptom gefunden, welches gestattet schon frühzeitig, so lange die Chancen für eine Operation noch nicht durch Harnzersetzung verschlechtert worden, die Diagnose auf eine extraperitoneale Blasenzerreissung exact zu stellen.

Ein Fall von Pneumothorax mit aseptischem Verlauf.

Von

Dr. A. Lezius.

Im Oktober 1892 erhielt ich von Dr. H. v. Sahmen in Dorpat einen Fall von Pneumothorax zur Behandlung zugewiesen, der durch seine Verlaufsart und besonders durch seine Aetiologie mehreres Interessante bietet.

Der Patient, einem gelehrten Berufe angehörend, ist ein hochgewachsener Mann, 54 Jahre alt. Der Ernährungszustand ist im Ganzen gut, die Gesichtsfarbe blass. Bei der Anamnese möchte ich mich hauptsächlich an die uns mehr interessirenden Daten halten, die die Lungen betreffen und die eventuell einen Anhalt für die Aetiologie der später aufgetretenen Erkrankung geben können. Patient hat seit ca. 2 Jahrzehnten immer gehustet, jedoch sehr wenig darauf geachtet und so gut wie gar keine therapeutischen Maassnahmen dagegen angewandt. Vor 10 Jahren jedoch ist eine Zeit lang Hämoptoë aufgetreten, die den Patienten aber nicht besonders heruntergebracht hat. Bald nachher wurde das damals reichlicher vorhandene Sputum von autoritativer Seite untersucht, wobei das Vorhandensein von Tuberkelbacillen sicher constatirt wurde. Patient, selbst Doctor der Medicin, hielt sich seitdem für einen chronischen Phthisiker. In dem ganzen Zeitraum bis jetzt hat jedoch Patient keinerlei Symptome eines fortschreitenden tuberculösen Processes an sich bemerken können. Hin und wieder hat er stärkeren Husten gehabt mit ein wenig Auswurf, niemals Hämoptoë. Im Ganzen hat er möglichst hygienisch gelebt, was ihn jedoch nicht abgehalten hat, hin und wieder auf die Jagd zu gehen und sich allen damit verbundenen Strapazen, wie eventueller Erkältung, Durchnässung etc. auszusetzen.

Am 7. October 1892 verspürte Patient, während er gerade ein Colleg las, plötzlich und gänzlich unerwartet einen heftigen Schmerz in der rechten Schulter — durchaus aber nicht das Gefühl, als ob ihm etwas in der Brust zerrissen wäre —, Oppressionsgefühl und eine derartige Athemnoth, dass er kaum die Stunde zu Ende lesen konnte und sich darnach sofort per Droschke nach Hause begeben musste. Dort legte sich Patient ins Bett und musste nun fast 36 Stunden lang unter einer exquisiten Orthopnoe leiden, verbunden mit Tachykardie — ca. 140 Pulsschläge in der Minute — Symptome, die in dem Kranken den Glauben erweckten, dass er sich bereits in atrio mortis befinde. In der Bettruhe jedoch liessen diese acuten Beschwerden nach, allein die Pulsfrequenz war noch eine hohe, das Allgemeinbefinden war ein leidliches, weder Fieber noch Schweisse, noch Brustschmerzen.

Am 14. October 1892 hatte ich Gelegenheit mit Prof. K. Dehio zusammen den Patienten zu untersuchen. Die linke Lunge ergab einen fast ganz normalen Befund bis auf einige zerstreute trockene Rasselgeräusche und geringen Tiefstand des unteren Lungenrandes. Die Untersuchung der rechten Brusthälfte aber ergab die so charakteristischen Symptome eines geschlossenen Pneumothorax. Bei der Adspection erwiesen sich die Intercostalräume als verstrichen, die betreffende Thoraxhälfte bewegte sich nicht selbständig bei der Respiration. Der Stimmfremitus war abgeschwächt, fast verschwunden, das Athemgeräusch ganz schwach, fernklingend mit schönem amphorischem Wiederhall, Metallklang der zerstreuten Rasselgeräusche. Der Percussionsschall sehr laut, dem normalen Lungenschall ähnelnd und nicht tympanitisch — wie ich gleich hinzufügen will, ein Zeichen der im Thoraxraume beträchtlich gesteigerten Luft-Spannung. Bei der Plessimeterstäbchen — Percussion ist deutlicher Metallklang vorhanden. Alle diese Erscheinungen sind an den unteren Partien des Thorax deutlicher, als an den oberen. Keine Dämpfung, nirgends ein Exsudat nachzuweisen. In linker Seitenlage verschwindet die Leberdämpfung fast ganz. — Am Herzen keine charakteristischen Verdrängungserscheinungen. Der Puls noch sehr labil, zwischen 100 und 110 in der Minute und steigt bei etwas Aufregung und Bewegung bis über 120. Die Athmung ist kaum noch beschleunigt. — Die Diagnose lautete: Pneumothorax dexter.

Die Prognose musste für den Fall, dass kein pleuritisches Exsudat hinzutrat, eine im Ganzen günstige sein, da seit dem Beginn der Erkrankung schon die stürmischen Symptome und Collapserscheinungen geschwunden waren und keine Temperaturerhöhung vorhanden war.

In der That war auch der Verlauf der Krankheit ein günstiger. Bei strengster Bettruhe, wobei von dem Patienten möglichst jede körperliche wie geistige Aufregung abgehalten wurde, nahm die Resorption der in den Thoraxraum eingedrungenen Luft einen ungestörten Fortgang. Kleine Gaben von Codein die längere Zeit hindurch genommen wurden, unterstützten den Patienten in seinem Bestreben sich ruhig zu verhalten und dienten ausserdem dazu den nur selten auftretenden Hustenreiz zu unterdrücken.

Am 8. November, als Patient schon aufgestanden war und sich subjectiv ganz wohl fühlte, ergab die Untersuchung noch rechts hinten eine ca. handtellergrosse Fläche mit tympanitischem Percussionsschall und abgeschwächtem Athmen. Somit war bereits der bei Weitem grösste Theil der in den Pleuraraum eingedrungenen Luft resorbirt.

Späterhin ist vollständige Genesung eingetreten.

Was war nun die Ursache dieses vollkommen aseptisch verlaufenden Falles? Dass der Pneumothorax in der weitaus grössten Mehrzahl aller Fälle auf tuberculöser Basis entsteht, ist ja eine bekannte Thatsache. Es stehen uns darüber mehrere umfangreiche Statistiken zur Verfügung, die den Nachweis liefern, dass über 80 pCt. dieser Fälle durch die Wirkung der Tuberkelbacillen hervorgerufen werden. Nach den von Saussier zusammengestellten Daten waren von 131 Fällen 81 tuberculös und nach der Statistik von Biach von 918 Fällen 715 auf Tuberculose beruhend. Nach der Anamnese des beschriebenen Falles, laut der das unzweifelhafte Vorhandensein von Tuberkelbacillen nachgewiesen war, musste man natürlich a priori annehmen, dass der Pneumothorax durch die Wirkung dieser letzteren entstanden war. Es schien mithin durch das Eindringen von infectiösem Material in den Pleuraraum eine eitrige Pleuritis unvermeidlich. Doch trat wider Erwarten nichts Derartiges ein, und der Fall nahm eben einen exquisit aseptischen Verlauf. Da nun ein Pneumothorax auf tuberculöser Basis stets auch, nach allen Autoren, von einer Entzündung der Pleura mit Exsudatbildung begleitet wird, hier aber das Gegentheil der Fall war, so musste eben die Genese der Krankheit eine andere sein — wir müssen annehmen, dass weder Caverneninhalt noch tuberkelbacillenhaltiges Material aus der Lunge und mit der Lungenluft in die Pleurahöhle gelangt ist.

Nach Zahn in Genf kann eine Continuitätstrennung der Lungenpleura mit Pneumothorax ohne nachfolgende Entzündung entstehen durch Bersten von vesiculären oder auch subpleuralen interstitiellen Emphysembläschen, weiter durch Einreissen der Lungenpleura neben alten Verwachsungen dieser mit der parietalen Pleura und endlich durch Atrophie der Pleura pulmonalis. Zahn's Meinung geht dahin, dass meistentheils derartige Fälle durch das Bersten von vesiculären oder subpleuralen interstitiellen Luftblasen entstünden. Nach den angeführten Statistiken sind im Allgemeinen solche Fälle von Pneumothorax in Folge von Emphysem extrem selten. Biach zählt unter seinen 918 Fällen nur 5 durch Emphysem verursachte.

Angesichts dieser Thatsachen fragt es sich, ob wir nicht auch im vorliegenden Falle die Ruptur einer Emphysemblase als Ursache des aseptischen Pneumothorax annehmen dürfen. Ich glaube, man kann diese Frage bejahen, denn wir wissen, dass sich häufig genug in der Umgebung chronisch-verdichteter und schrumpfender Lungenpartien ein vicarirendes Emphysem entwickelt und wenn nun noch pleurale Adhäsionen gleichzeitig vorhanden sind, so sind gewiss die mechanischen Bedingungen vorhanden, um gelegentlich circumscripte, bis zum Platzen mit Luft gefüllte Emphysemblasen zu erzeugen. Der beim ersten acuten Auftreten des Pneumothorax sich geltend machende Schulterschmerz machte in der That die Anwesenheit von älteren Adhäsionen recht wahrscheinlich. Halten wir alle diese Momente zusammen, so ergiebt es sich, dass wir in diesem Falle Grund genug haben, als Ursache dieser Continuitätstrennung der Lungenpleura das Bersten eines Emphysembläschens anzusehen.

Dass diese Annahme sich ganz wohl mit dem gleichzeitigen Vorhandensein etwaiger chronisch-tuberculöser Veränderungen in der rechten Lunge verträgt, geht aus dem Gesagten von selbst hervor.

Ob diese tuberculösen Erscheinungen, die früher sicher vorhanden waren, im Laufe der Jahre zur definitiven Ausheilung gelangt sind, lässt sich nicht sicher entscheiden, doch spricht die Wahrscheinlichkeit einigermaassen dafür; jedenfalls können sie bei der Aetiologie dieses Falles nicht als directe Ursache in Betracht kommen.

Referate.

61. **Jahresversammlung der British medical Association in Newcastle-on-Tyne, 1—4 August 1893.** (The Lancet Nr. 3649 und 3650).

Section für Chirurgie.

Das erste Thema, das zur Discussion stand, war die Radicaloperation der Hernien. Rushton Parker stellt in seinem einleitenden Vortrag folgende Thesen auf: 1) Im Kindesalter kann durch Operation am leichtesten Radicalheilung erzielt werden. 2) In vielen Fällen sind durch die verschiedensten Methoden auch bei Erwachsenen gute Resultate zu verzeichnen. 3) Macewen's Methode ist die beste. 4) Nabelhernien werden seltener geheilt als wünschenswerth ist. 5) Die Radicaloperation kann ebenso bei freien wie bei eingeklemmten Brüchen angewandt werden. — Ward Cousins giebt keiner Methode den Vorzug vor allen andern. Mit verschiedenen Operationsverfahren hat er 80 pCt. definitive Heilungen erzielt. — Harrisson zieht Macewen's Methode allen andern vor. Drainage der Wunde verschlechtert die Resultate. — Pye Smith macht auf das häufige Zusammentreffen von Phimose und Hernie aufmerksam. Das Drängen beim Uriniren ist in diesen Fällen als Ursache der Bruchbildung anzusehen, daher soll vor Allem die Phimose beseitigt werden. — Butlin hält diejenige Operationsmethode für die beste, die der Chirurg am meisten geübt hat und am besten ausführt. Er operirt nach Bassini (auffallender Weise wird sonst die Bassini'sche Methode garnicht erwähnt. Ref.). Ueber einige Details — Alter des zu Operirenden, Nahtmaterial, Tragen eines Bruchbandes nach der Operation — gehen die Meinungen der Discutirenden auseinander.

Haslam bespricht an der Hand eines operativ behandelten Falles von Perforation eines Magengeschwürs (Tod durch Peritonitis) die Symptomatologie und chirurg. Therapie des Ulcus rotundum ventriculi. Er theilt die Fälle in 3 Gruppen: 1) Es existiren garkeine oder nur ganz leichte Adhäsionen; dann befindet sich das Ulcus gewöhnlich auf der vordern Magenwand. 2) Es bestehen Verwachsungen mit Nachbarorganen; das Ulcus sitzt dann meist an der hintern Magenwand. 3) Es besteht Communication zwischen Magen und einer Körperhöhle oder einem Hohlorgan. Nur die erste Gruppe eignet sich zur Operation (Reinigung des Peritoneums, Vernähen der Perforationsöffnung). Vor eingetretener Perforation wird man selten operiren können, da die Diagnose oft nicht sicher zu stellen ist und man nicht weiss, ob nicht mehrere Geschwüre existiren.

Coppinger stellt einen Patienten vor dem er wegen Aneurysma der Art. subclavia dextra am 9. Jan. 1893 die Carotis und Art. anonyma mit ausgezeichnetem Erfolg unterbunden hat. Die Art. anonyma ist seit dem berühmten Fall von Valentin Mott (1818) 24 Mal unterbunden worden (15 Mal allein. in den andern Fällen gleichzeitig mit andern Arterien, namentlich der Carotis). Bisher sind alle Fälle an Nachblutung früher oder später gestorben. Ein Erfolg wie im vorgestellten Fall ist nur bei strengster Antiseptik möglich.

Victor Horsley hält einen längeren Vortrag über die chirurgische Behandlung von Hirntumoren. Man soll nur operiren wenn eine sichere Localisation der Geschwulst möglich ist. Häufig fehlt eins der 3 Cardinalsymptome des Hirntumors: Neuritis optica, charakteristischer Kopfschmerz, Erbrechen. Man soll dann nicht warten, bis alle diese Symptome beisammen sind, sondern sich von dem progressiven Charakter der übrigen Erscheinungen leiten lassen. Medicamentöse Behandlung soll nicht länger als 6 Wochen fortgesetzt werden.

wenn sie nicht eine eclatante Besserung bewirkt. Die Operation ist überhaupt so früh wie möglich auszuführen, nicht als ultimum refugium zu betrachten, wenn man Erfolg haben will. Beseitigung von Recidiven nach Entfernung von Hirntumoren kann das Leben verlängern. Bei inoperabeln Geschwülsten können durch Oeffnung der Schädelkapsel und Herabsetzung des Drucks im Schädelinnern die schwersten Symptome (Kopfschmerz, Erbrechen) beseitigt oder gebessert werden. Bezüglich der Technik hebt H. hervor, dass die sog. osteoplastischen Operationen mit Bildung eines Weichtheilknochenlappens unnütz sind, da das Pericranium nach seinen Erfahrungen keine osteogenen Eigenschaften besitzt. Muss ein Theil der Dura mater entfernt werden, so ist die Reposition des Knochens unzulässig. Tamponade der Hirnwunde ist sehr zu empfehlen. Ist Patient nach Eröffnung des Schädels sehr collabirt, so kann die Entfernung des Hirntumors in einem zweiten Operationsact nach einigen Tagen vorgenommen werden. — Macewen stimmt H. bei bezüglich des palliativen Nutzens der einfachen Eröffnung der Schädelhöhle bei inoperablen Tumoren, ebenso bezüglich dessen, dass eine Knochenneubildung weder vom Pericranium noch von der Dura mater her stattfindet. Auch M. räth zu zweizeitiger Operation, um das Einfliessen von Blut zwischen Dura mater und Knochen zu vermeiden. Ausserdem hat er die Erfahrung gemacht, dass zuweilen ein kleiner Tumor beim Zuwarten durch den intracraniellen Druck in die Schädelwunde gedrängt und so seine Entfernung bedeutend erleichtert wird. — Parker hält es für richtig, die Hirnwunde nicht zu drainiren, da durch nachträglichen Prolaps viel Hirnsubstanz verloren gehen kann; der Schädeldefect ist sofort zu verschliessen.

Arbuthnot Lane macht darauf aufmerksam, dass es seiner Ansicht nach falsch ist, das Fussstück von verschiedenen Schienen, die bei Fracturen, Resectionen und andern Continuitätstrennungen der untern Extremitäten angewandt werden, in verticaler Richtung anzubringen. In Ruhelage rollen die Beine auswärts, so dass die Längsaxe des Fusses mit der Verticalen einen Winkel von 45° bildet. Wird bei einer Continuitätstrennung des Beins das untere Segment durch die Schiene in der üblichen Weise fixirt, während das obere Segment die Aussenrotation macht, so kommt eine dislocatio ad peripheriam zu Stande. In praxi wird die falsche Stellung zuweilen dadurch corrigirt, dass der Fuss nachträglich die vericale Stellung durch Verschiebung am Fusstück der Schiene erlässt, oder auch dadurch dass das obere Segment durch die chiene ebenfalls fixirt wird. Empfehlenswerth ist es aber, das ussstück aller Beinschienen, der Aussenrotation bei Ruhelage ntsprechend, nicht vertical sondern unter einem Winkel von 5° nach aussen geneigt anzubringen.

Hern hat 6 Fälle von Hydrocephalus mit wiederolten Punctionen behandelt und 5 Mal Besserung, ie 2 Mal fast der Heilung gleichkam, erzielt. Bei einem Fall at er die Punction 8 Mal wiederholt. — Lane hat von den unctionen nur schlechte Resultate gesehen.

Eine lebhafte Discussion fand über das Thema: Darmverchluss statt. F. Page hebt die grosse Bedeutung der geauen Diagnose, namentlich der Ursache des Verschlusses, heror. Leider können wir, von Hernien abgesehen, fast nie mit cherheit die Art des Verschlusses feststellen: neben den beannten Arten der mechanischen Hindernisse kommen für die iagnose und Therapie entzündliche Processe am Blinddarm, r Gallenblase, Peritoneum sehr in Betracht. In Anbetracht r herrschenden Unsicherheit und der anerkannten Schädlicheit des zu langen Abwartens empfiehlt P. in zweifelhaften illen so früh wie möglich zur Operation zu schreiten, gegen e sich kaum etwas einwenden lässt. Nur in chronisch verufenden Fällen darf man sich Zeit nehmen, und wiederholte fusionen und Lufteinblasungen in den Darm, Opium- oder Bellonnacur, «abdominelle Taxis» u. A. versuchen. Sobald der äftezustand des Kranken sich verschlechtert, ist auch in sen Fällen zu operiren, selbst wenn die einzelnen Symptome ht besonders schwer sind. — Einen diametral entgegengezten und sehr crassen Standpunkt nimmt Hutchinson . Nicht nur bei innern Einklemmungen, sondern selbst bei arcerirten Hernien hält er die Operation für so gefahrbrind, dass er Taxisversuche mit äusserster Consequenz, mit fwendung aller Kraft durchführt und meist schliesslich ssirt. Bei der «abdominellen Taxis» kommen Chloroformcose, Aufheben des Pat. an den Beinen und Schütteln, Einssungen in Anwendung; H. scheut sich sogar nicht, die rme «very vigorously» von einer Seite zur andern zu schie, zu kneten. Damit sollen viele Fälle von Achsendrehung, angulationen etc. geheilt werden können. Führen diese assnahmen nicht zum Ziel, so steht H. auch von einer Opeion ab; bei einfachem Abwarten soll der Pat. immer noch ır Chancen zur Genesung haben als wenn er der Laparoie unterworfen wird. — Hume giebt die bisherige Unzuglichkeit der operativen Eingriffe zu, fordert eine genaue gnose. — Cousins erinnert sich dreier, durch «Taxis» geter Fälle. Man solle mit der Operation nicht zu schnell zur Hand sein. — Morison macht bei incarcerirten Hernien keine Taxisversuche sondern operirt sofort. Von 100 Fällen hat er nur einen an Peritonitis verloren. — Rivington stimmt Hutchinson in Vielem bei, schätzt aber die operative Therapie viel höher. Man soll gewiss Taxisversuche auch bei innern Einklemmungen machen, aber, wenn sie nicht zum Ziel führen, unverzüglich operiren. Die Operationen bringen jetzt so wenig Nutzen, weil sie meist zu spät gemacht werden. Man soll womöglich in den ersten 24 Stunden operiren. — Newman hat als pathologischer Anatom viele Fälle secirt, aber nie gesehen, dass die Operation selbst den Tod verursacht hat. Nach seinen auf dem Sectionstisch gemachten Erfahrungen sterben viel mehr Kranke in Folge der Unterlassung einer Operation als an den Folgen der Operation. — Page bemerkt im Schlusswort, dass die Therapie für jeden Fall besonders festgestellt werden soll; eine allgemeingültige Regel für die Behandlung lässt sich nicht geben. Wanach.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Berichtigung. Bei der Anzeige des «Jahrbuchs der praktischen Medicin» (diese Wochenschrift Nr. 33, pag. 309) ist irrthümlicher Weise gesagt der Herausgeber S. Guttmann sei kürzlich verstorben. Es liegt eine Verwechselung mit dem früheren Director des Krankenhauses Moabit in Berlin, P. Guttmann vor, der im Mai dieses Jahres aus dem Leben schied. Der Herausgeber des «Jahrbuchs» weilt glücklicherweise unter den Lebenden und setzt seine fruchtbare Thätigkeit zu unser Aller Nutzen fort. Wir bitten, das Versehen freundlichst zu entschuldigen. W.

J. Boas: Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. II. Theil. Leipzig, Thieme 1893.

Nachdem der allgemeine I. Theil des Boas'schen Werkes in kurzer Zeit schon seine II. Auflage erlebt hat, ist nun der II. Theil, der die specielle Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten behandelt, erschienen. In klarer, kurzer Fassung findet der Leser alles Wesentliche über den acuten und chronischen Magenkatarrh, das Magengeschwür, die Atonie des Magens, Magenerweiterung, den Krebs und die nervösen Magenaffectionen. Verf. steht auf der Höhe der Wissenschaft, dabei fussen seine Auseinandersetzungen stets auf eigener Erfahrung und Beobachtung. Das Buch enthält die Ansichten des Verfassers, die durch hier und da eingestreute Krankengeschichten illustrirt werden, doch ist auch die Literatur gründlichst berücksichtigt worden. Manche praktische Winke wird auch der im Capitel der Magenkrankheiten Erfahrenere finden. Die diätetische Behandlung der Magenkrankheiten wird eingehend besprochen. Als Anhang sind Diätschemata für die einzelnen Krankheiten gegeben. Dieselben haben entschieden praktischen Werth. Ihre Zusammenstellung ist mit Berücksichtigung des Stoffbedarfs der Pat. vorgenommen worden: Jeder Speisezettel giebt die Angabe des Calorienwerthes der angerathenen Nährstoffe. Ganz kurz wird endlich auch die Behandlung der Wanderniere besprochen.

Das Buch ist von der Verlagshandlung gut ausgestattet und dürfte bald seinen Weg in die Bibliotheken der praktischen Aerzte finden. B.

Dr. Hermann Rieder: Atlas der klinischen Mikroskopie des Blutes. 12 Tafeln mit 48 Abbildungen in Farbendruck. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel 1893. Preis 8 Mark.

Als werthvolle Bereicherung der medicinischen Literatur begrüssen wir diese vortrefflich ausgestattete Sammlung von Blutpräparaten, welche die verschiedenen Krankheitszustände des Blutes (Chlorosis, Anaemie, Leukaemie, Leucocytose, Malaria) in prächtigen, wahrheitsgetreuen Abbildungen wiedergiebt. Für jede Figur finden wir eine genaue Angabe der Darstellungsmethode des Präparates, die betreffende mikroskopische Vergrösserung und eine kurze Schilderung des Bildes; ausserdem giebt Verf. eine kurze Anleitung zur klinisch-mikroskopischen Untersuchung des Blutes. Wir zweifeln nicht dass der Atlas weite Verbreitung in den ärztlichen Kreisen finden wird.

Abelmann.

Auszug aus den Protokollen
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung den 8. Februar 1893.

1. Dr. Frankenhäuser verliest einen Bericht über die von ihm seit dem Mai 1885 bis zum Januar 1893, im Evangelischen Hospital beobachteten Fälle von Recidiv bei Ty-

phus abdominalis, nämlich bei 274 Typhusfällen, die er in dieser Zeit in Behandlung gehabt, 26 mal — also in 9,5 pCt. der Fälle. Dies ist, wenn man mit früheren Beobachtungen vergleicht, ein ziemlich hohes Procentverhältniss. So hat Griesinger in Zürich bei 463 Typhuskranken nur 6 pCt. Recidive gehabt, Human in Leipzig bei 548 Fällen 8 pCt., Liebermeister in Basel 8,6 pCt., Bäumler in Zürich 3,3 pCt., Lindwurm in München 1,4 pCt., Wagner in Leipzig 7 pCt. und Zülzer in Berlin 5,3 pCt. Recidive beobachtet. Es liegen aber auch Berichte vor, in denen das Procent der Recidive bei Typhus ein viel höheres ist, so hatte Ziemssen in München in 13 pCt. seiner Typhusfälle Recidive, Borodulin bei 182 Fällen aus der Botkin'schen Klinik fast 20 pCt., Weil in Heidelberg 17 pCt., und Henoch bei Kindern 15 pCt. Recidive bei Typhus abdominalis.

Diese Verschiedenheit in dem pCt. der Recidive bei Typhus ist zum Theil darauf zurückzuführen, dass die verschiedenen Autoren unter der Bezeichnung Recidiv nicht immer das Gleiche verstanden. So hat Borodulin, z. B., zu den Recidiven auch alle die Fälle gerechnet, bei welchen Nachschübe (Wunderlich) oder Recrudescenzen (Strümpell) aufgetreten. Dr. Frankenhäuser nimmt unter die Recidive nur diejenigen Fälle auf, bei welchen eine Wiederholung des typhösen Fiebers eintritt, nachdem der erste Anfall vollständig abgelaufen ist und der Kranke sich eine kürzere oder längere Zeit scheinbar in voller Reconvalescenz befunden hat; die Pseudorecidive, Nachschübe oder Recrudescenzen, bei denen die Wiederholung des typhösen Fiebers sich unmittelbar dem ersten Anfall anschliesst oder sogar früher eintritt, ehe der Kranke vollständig abgefiebert hat, schliesst er aus seiner Betrachtung aus. Nach Mittheilung eines Auszuges aus den Krankengeschichten der 26 von ihm beobachteten Fälle von Typhusrecidiv, schliesst sich Dr. Fr. der Annahme an, dass sowohl die Recidive als die Pseudorecidive durch eine neue Generation von Typhusbacillen verursacht werden, die sich aus Sporen entwickelt haben, welche schon während des ersten Anfalls im Körper vorhanden gewesen, sich aber, aus einem jetzt noch unbekannten Grunde, erst später entwickelt haben. Es wäre auch möglich, dass die Sporen sich unter besonderen Verhältnissen aus den Typhusbacillen bilden, die die Ursache des ersten Anfalls sind und dass sie zu ihrer Entwicklung im Körper derselben Incubationszeit bedürfen, die das Typhusgift, wenn es von aussen her in den Körper kommt, nöthig hat, um den typhösen Process hervorzurufen.

Für das Recidiv eine neue Infection von aussen anzunehmen, ist nach Dr. Fr. kaum zulässig, besonders in den Fällen, wenn der Kranke ins Hospital übergeführt wird und so nicht mehr unter Einfluss der Infectionsquelle steht, die den Typhus bei ihm hervorgerufen hat.

Meist tritt das Recidiv aus ganz unbekannten Gründen ein; bisweilen aber angeblich nach allerhand äusseren Veranlassungen, wie Diätfehlern, Aufregungen, Ueberanstrengungen. Ob solche Veranlassungen wirklich ein Recidiv verursachen können, lässt sich nicht nachweisen und erscheint zweifelhaft, wenn man bedenkt, dass das Recidiv meist am selben oder am nächsten Tage nach diesen Einwirkungen eintritt. Man müsste dann annehmen, dass das Typhusgift vollständig fertig im Körper nur auf eine Gelegenheitsursache wartete, um den Organismus wieder krank zu machen. Man sehe ausserdem häufig, dass ein Diätfehler oder eine Aufregung, nur eine Verdauungsstörung oder eine unruhige Nacht mit leicht erhöhter Temperatur macht, aber nicht ein Recidiv hervorruft. Die Ursachen, warum in einer Anzahl von Typhusfällen Recidive auftreten, liegen wahrscheinlich in Besonderheiten des Infectionsstoffes selbst. Genaueres liesse sich darüber nicht sagen, da wir ja nicht einmal wissen, ob der Infectionsstoff in Form von Sporen oder als Bacillen in den Organismus gelangt. Dass die Ursache der Recidive in Eigenthümlichkeiten des Infectionsstoffes zu suchen ist, scheint Dr. Fr. daraus hervor zu gehen, dass die Zahl der Recidive in den verschiedenen Jahren sehr wechselt. So beobachtete er im Jahre:

1885	24	Typhusfälle mit	1	Recidiv.	=	4,2 pCt.
1886	39	» »	7	»	=	18,0 »
1887	60	» »	5	»	=	8,3 »
1888	65	» »	3	»	=	4,3 »
1889	38	» »	5	»	=	13,2 »
1890	14	» »	2	»	=	14,3 »
1891	15	» »	2	»	=	13,3 »
1892	19	» »	1	»	=	5,3 »
Summa .	**274**	**Typhusfälle mit**	**26**	**Recidiv.**	**=**	**9,5 pCt.**

Dass die Behandlung einen wesentlichen Einfluss auf die Häufigkeit der Recidive ausgeübt, sei nicht wohl anzunehmen, denn in Jahren, in denen sie ganz die gleiche gewesen, ist das procentische Verhältniss der Recidive zur Zahl der Typhusfälle ein ganz verschiedenes. So z. B., sind in den Jahren 1885 und 1886 die Kranken nur mit lauen Bädern, Eisabreibungen und Chinin behandelt worden, und doch sind im Jahre 1885 **nur 4,2 pCt. und im Jahre 1886 — 18,0 pCt. zu verzeichnen,** d. h. die kleinste und die grösste Procentzahl **während** Dr. Fr.'s Beobachtungszeit. In den Jahren 1887 und 1888 sind die Kranken ganz systematisch mit Antifebrin behandelt worden und doch sind in dem einen Jahr (1887) doppelt so viel Recidive eingetreten, wie in dem andern.

Seit dem Jahr 1889 behandelt Dr. Fr. die Typhuskranken alle gleich, mit seltenen lauen Bädern, Eisabreibungen und Chinin, sowie mit vereinzelten Gaben von Antifebrin. Antipyrin und Phenacetin, und doch sind im letzten Jahr viel weniger Recidive vorgekommen, als in den 3 vorhergehenden Jahren.

Von Ursachen, die im Kranken selbst gegeben sind und einen Einfluss auf die Häufigkeit der Recidive haben könnten, sind das Alter, der Ernährungs- und Kräftezustand des Kranken zu berücksichtigen. Bei Fr.'s Typhuskranken kam das Recidiv vor:

aus 70 Fällen	2	Mal	bei	Kranken	im	Alter	zw.	10—15 J.
	4	»	»	»	»	»	»	15—20 »
aus 164 Fällen	6	»	»	»	»	»	»	20—25 »
	7	»	»	»	»	»	»	25—30 »
aus 29 Fällen	2	»	»	»	»	»	»	30—35 »
	2	»	»	»	»	»	»	35—40 »
aus 12 Fällen	3	»	»	»	»	»	»	40—45 »

Hieraus geht hervor, dass die grösste Zahl der Recidive in die Altersklassen zwischen 15—30 Jahren fällt, welche Altersklasse auch die grösste Zahl der Typhuskranken gestellt hatte, während die relative Häufigkeit der Recidive in der höheren Altersklasse über 30 Jahre zunahm.

Was den Ernährungszustand der Kranken betrifft, so war zu constatiren, dass von den 26 Kranken mit ausgesprochenem Recidive bei 15 Kranken der Ernährungszustand gut, bei 4 ein mittlerer und bei 4 ein schlechter war (von 3 Kranken fehlen die näheren Angaben). Man könnte hieraus vielleicht den Schluss ziehen wollen, dass bei den gut genährten Kranken das Recidiv öfter eintritt, als bei den mittelmässig oder schlecht genährten, doch findet sich für dieses Verhältniss eine Erklärung darin, dass die Typhuskranken, welche in's Evangelischen Hospital eintreten, meist im jugendlichen Alter stehn, nicht der ganz armen Bevölkerung angehören, sondern als Gouvernanten oder Bonnen in besseren Verhältnissen leben, so dass im Ganzen die Zahl der gut genährten bei weitem über die der mittelgut und schlecht genährten überwiegt. — Dr. Fr. spricht infolge dessen seine Ansicht dahin aus, dass der Ernährungszustand der Kranken keinen Einfluss auf die Häufigkeit des Typhusrecidivs hat.

Auch auf die Schwere der Recidive scheint der Ernährungszustand ohne Einfluss zu sein, denn von den gut genährten Kranken hatten 2 Kranke ein schweres, 6 ein mittelschweres und 7 ein leichtes Recidiv.

Von den mittelmässig ernährten Kranken hatten 3 ein mittelschweres und 1 Kranke ein leichtes Recidiv und bei den schlecht genährten Kranken sind ein schweres und 3 leichte Recidive vorgekommen.

Die fieberfreie Zeit zwischen dem 1. Anfall und dem Recidiv ist bei den einzelnen Fällen verschieden lang gewesen und zwar hat sie bei einem Fall 3 Tage gedauert, bei 3 Fällen 4 Tage, bei 6 Fällen 5 Tage, bei einem 6 Tage, bei 5 Fällen 7 Tage, bei je 2 Fällen 8 und 9 Tage, und bei je einem Fall [illegible] 10, 11, 13, 14 und 20 Tage.

Bei den Typhusfällen mit schwerem Recidiv war die Dauer der fieberfreien Zeit immer kurz, in 2 Fällen 4 Tage, in einem Falle 5 Tage.

In den meisten Fällen haben sich die Kranken in der fieberfreien Zeit gut befunden, Schlaf und Appetit stellten sich ein, die Durchfälle hörten auf und die Kranken machten vollständig den Eindruck von Reconvalescenten, — manche hatten sich so weit erholt, dass sie das Bett verlassen konnten. Doch ist das Wohlbefinden nicht ausnahmslos gewesen, manche Kranke klagten in der fieberfreien Zeit über Mattigkeit und Abgeschlagenheit, schliefen unruhig und hatten keinen rechten Appetit. — Recht häufig wurde über Kopfschmerzen geklagt. Nicht selten findet man in der fieberfreien Zeit grössere Temperaturschwankungen innerhalb normaler Grenzen und auch bisweilen Ansteigen zu subfebrilen oder leicht fieberhaften Temperaturen für einige Stunden, — eine locale Ursache liess sich für diese Steigerungen nicht nachweisen.

Meist konnte während der fieberfreien Zeit Milzschwellung nachgewiesen werden und bisweilen war die Milz während dieser ganzen Zeit palpabel; ebenso hielt sich die Leberschwellung oft während derselben, desgleichen die Pulsbeschleunigung. Der Durchfall fehlte meist während des Fieberintervalles, bei einigen Kranken dauerte er jedoch durch diese ganze Zeit fort. — Der Anfang des Recidivs wurde meist von Kopfschmerzen, Frösteln, allgemeinem Unbehagen eingeleitet, bisweilen fühlten sich jedoch die Kranken zu Anfang des Anfalls noch recht wohl, und erst, wenn das Fieber höher stieg, stellten sich die gewöhnlichen Beschwerden ein. Das Fieber steigt staffelförmig an, meist recht rasch, so dass schon am 2. oder 3. Tage das Maximum erreicht ist; es folgt dann entweder eine febris

continua oder die Temperatur fängt gleich an zu fallen und erreicht in kürzerer oder längerer Zeit normale Werthe. Bisweilen ist das Ansteigen und Abfallen des Fiebers sehr steil. Die Milzschwellung nimmt meist rasch zu und oft sehr früh tritt Roseola auf. Die **E h r l i c h**'sche Diazobenzolreaction, die im 1. Anfall des Typhus niemals im Urin fehlt, tritt auch im Recidiv auf, wenn dasselbe wenigstens 2—3 Tage höhere Temp. hat. Sie scheint im Recidiv früher einzutreten, als im 1. Anfall, ist jedoch in der fieberfreien Zeit nie vorhanden. Bei ganz leichten Recidiven fehlt sie oder ist wenigstens unsicher, nicht deutlich ausgesprochen.

Die Durchfälle, welche während der fieberfreien Zeit sistirt, traten oft gleich mit Beginn des Recidivs wieder ein, — bisweilen fehlen sie dem Recidiv, auch wenn sie im 1. Anfall stark gewesen.

Das Sensorium der Kranken war nur in wenigen Fällen während des Recidivs stärker afficirt.

Die Dauer des Recidivs ist sehr verschieden. Die kürzeste Dauer unter Dr. **F r.**'s Fällen war 4 Tage, die längste 37 Tage. In 13 Fällen war die Dauer unter 14 Tagen, in den übrigen 2 Wochen oder mehr.

Im Ganzen war die Dauer des Recidivs geringer, als die des ersten Anfalls, nur in 2 von den 26 Fällen dauerte das Recidiv länger als der 1. Anfall und in beiden Fällen fanden sich Complicationen. In dem einen Thrombose der Femoralvene und in dem andern, wahrscheinlich, Milzinfarct. Von anderen Complicationen kommen im Recidiv vor 2 mal Otitis media, 3 mal Thrombose der Unterschenkelvenen. Bei einem Fall trat erst ein schweres Pseudorecidiv ein und dann ein leichtes Recidiv.

11 Recidive folgten auf einen schweren 1. Anfall, 9 auf einen mittelschweren und 6 auf einen leichten 1. Anfall.

Am kleinsten war die Zahl der Recidive nach leichtem Typhus, was um so mehr ins Gewicht fällt, als die Zahl der leichten Typhen bedeutend über die schweren und mittelschweren überwiegt.

Von diesen 6 Recidiven war 1 schwer, 2 mittelschwer und 3 leicht.

Auf die Häufigkeit des Recidivs scheint also auch nach **F r.**s Beobachtungen die Schwere des 1. Anfalls einen begünstigenden Einfluss zu haben, ebenso auf die Dauer desselben, denn von den 13 Fällen, die 2 Wochen oder mehr dauerten, kamen 4 auf Recidive nach den selteneren schweren, 5 auf solche nach mittelschweren und bloss 4 nach den am zahlreichsten vertretenen leichten 1. Anfällen. Der Ausgang der Recidive war in allen 26 Fällen Genesung.

D i s c u s s i o n :

Dr. **A m b u r g e r** ist der Ansicht, dass es auch gestattet ist, an die Localisation der Darmgeschwüre als Ursache der Recidive zu denken. Reizzustände durch Ingesta, Diätfehler könnten die kaum vernarbten Geschwüre arrodiren, aus denselben den Infectionsträger befreien und zu neuer Thätigkeit anreizen, welche sich auch an benachbarten während des ersten Anfalls nicht afficirten Darmabschnitten geltend machen könnte.

Dr. **K e r n i g** macht darauf aufmerksam, dass es nachgewiesen ist, dass die Typhusbacillen in den Entleerungen noch wochenlang (4 Wochen) nach dem Fieberabfall vorhanden sind.

Dr. **d e l a C r o i x** schliesst sich der Ansicht an, dass zum Zustandekommen eines Typhusrecidivs es wahrscheinlich noch einer Gelegenheitsursache bedürfe, wenngleich dieselbe nicht gerade immer ein Diätfehler zu sein brauche, denn sonst würde es bei dem nachgewiesenen wochenlangen Vorhandensein von Typhusbacillen im Darme ganz unverständlich sein, warum nicht in jedem Falle ein Recidiv eintritt, ja warum überhaupt der erste Typhusanfall je sein Ende erreicht. Es verhält sich mit dem Recidiv wahrscheinlich ähnlich, wie mit der Primärinfection selbst: nicht Jeder, der mit Typhusbacillen verunreinigtes Wasser trinkt, braucht am Typhus zu erkranken. Es bedarf dazu noch einer besonderen Disposition.

Dr. **T i l i n g** theilt über die Lebensdauer der Typhusbacillen im menschlichen Organismus mit, dass in einem Falle 8 Monate nach Beginn und etwa 6½ Monate nach Ablauf des Typhus ein Pat. an einer Osteomyelitis erkrankte, welche nach in klinischen Heleneninstitute von Dr. **O r l o w** gezüchteten Culturen sich durch Typhusbacillen hervorgerufen erwies.

2. Dr. **K e r n i g** stellt eine Kranke vor, an welcher er polycystische Nierendegeneration beiderseits diagnosticirt hat. Diese seltene Erkrankung bildet gewöhnlich einen ganz zufälligen Leichenbefund, da sie latent verlaufen sein kann, oder es hat in den letzten Lebenstagen ein Zustand bestanden, der nach der Section als chron. Urämie aufgefasst werden kann. **W e s t p h a l e n** und **E w a l d** haben solche Fälle mit schweren gastrischen Symptomen Benommenheit, mürrischem Wesen etc. im vorigen Jahre mitgetheilt. In denselben war kein Eiweiss nachgewiesen worden, der Urinbefund also negativ mit Ausnahme des specifischen Gewichtes, welches in diesen Fällen immer sehr niedrig ist. Es ist daher nur sehr selten gelungen (im Ganzen in 4 Fällen), diese Krankheit bei Lebzeiten zu diagnosticiren, da man die Nieren nicht hat fühlen können, während ja nach **E w a l d** den besten Anhaltspunkt zur Diagnose ein doppelseitiger Nierentumor geben würde. Im vorliegenden Falle handelt es sich um eine Patientin, welche am 25. Jan. mit der Diagnose Cancer renis ins Obuchowsche Hospital geschickt worden war. Bei der Untersuchung konnte man sich ohne Weiteres davon überzeugen, dass beide Nieren stark vergrössert und mit einer grossen Anzahl von Höckern besäet waren. Da es sich um eine frische und wohl aussehende Person von 32 Jahren handelt, so kann man Krebs ausschliessen. Der Harn vollkommen normal, mit Ausnahme des sp. Gewichtes, welches zwischen 1,007 und 1,010 schwankt. Die 24-stündige Urinmenge schwankt zwischen 1300 und 1900 Cc. Das Gewicht der Kranken betrug bei der Aufnahme 160, jetzt 158 Pfund. Sie ist ins Hospital eingetreten wegen allgemeiner Schwäche und Gefühl von Schwere und Zug in der Lumbalgegend. Das Herz ist nicht hypertrophisch. Pat. ist mager, beide Nieren sind deutlich und grob beweglich und mit Höckern besäet. Dass die Fluctuation an solchen Nieren fehlt ist leicht begreiflich, da der Tumor aus unzähligen kleinen nicht zusammenhängenden, Cysten besteht. Die übrigen Organe sind im vorliegenden Falle ganz gesund, nur besteht mässige linksseitige Facialisatrophie. Den Ursprung der cystischen Degeneration der Nieren anlangend, wurde früher eine angeborene Form (die eventuell ein Geburtshinderniss abgeben kann) und eine erworbene angenommen. Neuerdings (Berl. klin. Woch. Nr. 5, 1892) neigt jedoch **V i r c h o w** zu der Ansicht hin, dass auch die bei Erwachsenen vorkommenden Fälle ursprünglich aus dem Fötalleben stammen. Zum Schluss erwähnt Dr. **K e r n i g**, dass unabhängig von ihm in diesem Falle Dr. **P e n d i n** gleichfalls dieselbe Diagnose gestellt hat und fordert die Herren auf, die Kranke gleichfalls zu untersuchen.

D. z. Director: Dr. C. v. **L i n g e n.**
Secretär: Dr. **J a l a n d e l a C r o i x.**

Vermischtes.

— Der als Zoologe berühmte beständige Secretär der Kaiserlichen Akademie der Wissenschaften, Akademiker Dr. med. **A. S t r a u c h** ist am 14. August in W i e s b a d e n verstorben. Im Jahre 1832 in St. Petersburg geboren und auch hierselbst erzogen, hat er seine akademische Ausbildung in Dorpat, wo er von 1850 bis 1859 Medicin studirte, erhalten. Als praktischer Arzt ist er nie thätig gewesen, da ihn seine Neigungen in ein anderes Gebiet drängten. Schon 1867 erwählte ihn die Akademie zum Adjunkten für Zoologie, und 1870 zum ausserordentlichen Akademiker. Director des Zoologischen Museums und ordentlicher Akademiker wurde **S t r a u c h** 9 Jahre später, und seit 1890 bekleidete er auch den Posten des beständigen Secretärs der Akademie.

— Nach der «Düna Ztg.» soll nächstens in der Rigaschen Stadtverordneten-Versammlung über die Erweiterung des Leprosoriums der Stadt Riga berathen werden. Diese Frage wird wohl auch auf dem bevorstehenden livländischen Aerztetag (Dorpat) zur Sprache kommen.

— Das unter der Protection Ihrer Majestät der Kaiserin stehende Blindencuratorium der Kaiserin Maria Alexandrowna theilt uns mit, dass die im verflossenen Sommer abcommandirten fliegenden Sanitätskolonnen (cf. diese Wochenschrift Nr. 23) die an Ort und Stelle den an den Augen leidenden Landbewohnern Hülfe bringen sollten, nach überaus erfolgreicher Thätigkeit wieder zurückgekehrt sind. Jede der Colonnen hat im Verlauf von 6—8 Wochen gegen 300 Augenoperationen ausgeführt. Einige Provinzialärzte haben sich erboten, die vom Blindencuratorium verfolgten Ziele nach Kräften zu fördern. Dieses gedenkt das Feld seiner Thätigkeit weiter auszubreiten. Beiträge werden nach wie vor in der Kanzellei (Больш. Конюшная Nr. 1 кв. 24) entgegengenommen.

— **X I. I n t e r n a t i o n a l e r m e d i c i n i s c h e r C o n g r e s s — R o m 1894.** — Wir bestätigen die schon summarisch veröffentlichte Nachricht von der Verlegung des genannten Congresses auf April 1894.

Schon Ende April dieses Jahres hatte das Executiv-Comité darüber berathen, ob der Congress zu verlegen sei, doch die Choleraheerde waren auf wenige Orte in Frankreich und an der österreichischen Grenze beschränkt, die in- und ausländischen Comités stimmten gegen den Aufschub, und das Executiv-Comité beschloss, dass eine Verlegung des Congresses nur dann in Erwägung gezogen werden solle, wenn die Störungen des Gesundheitszustandes in Europa derart zunehmen sollten, dass die Aerzte verhindert wären, ihre Wohnsitze zu verlassen.

Seither haben sich die sanitären Verhältnisse Europas derart verändert, dass sich das Comité am 30. Juli neuerdings zu einer Berathung dieser Frage vereinigen musste.

Die Ausdehnung, welche die Epidemie in Frankreich, Oesterreich, Ungarn und Russland gewonnen hatte, so dass manche Regierungen sich veranlasst sahen, den Aerzten das Verlassen ihrer Wohnsitze zu untersagen, die Gutachten der berühmte-

sten italienischen und ausländischen Specialisten, welche den Aufschub befürworteten, zahlreiche Briefe eingeschriebener Mitglieder, die ankündigten im September nicht nach Rom kommen zu können, nöthigten das Executiv-Comité, den Congress auf April 1894 zu verlegen, eine Jahreszeit, während welcher erfahrungsgemäss die Ansteckungsherde erloschen sind oder schlummern.

Die Absicht, den absolut internationalen Charakter des Congresses zu wahren, und gebührende Rücksicht gegen die ausländischen Mitglieder, welche zum grössten Theile verhindert gewesen wären am Congresse theilzunehmen, sind die Gründe, welche das Executiv-Comité zu diesem Beschlusse veranlasst haben.

Nach den letzten officiellen Nachrichten ist der Stand der Cholera in Russland folgender: Im Gebiet der Donischen Kosaken erkrankten vom 3.—10. August 661 Personen, starben 315, im Gouvernement Kursk vom 25.—31. Juli erkrankten 296, starben 103, im Gouvernement Orel vom 25. Juli bis 7. August 1467 (538), Tula vom 18. Juli bis 7. Aug. 906 (217), Wladimir vom 1.—7. August 156 (52), Woronesh vom 25. Juli bis 7. August 211 (110), Kiew vom 1.—7. August 678 (227), Poltawa vom 18. Juli bis 7. August 167 (77), Ssamara vom 1.—7. August 177 (68), Jarosslaw vom 18. Juli bis 7. August 285 (107), Kuban-Gebiet vom 6.—10. August 110 (53), Taurien vom 1.—7. August 115 (43), Stadt Kertsch vom 2.—12. August 113 (56), Stadt Moskau vom 3.—10. August 290 (141), Gouv. Moskau vom 25. Juli bis 7. August 182 (64), Wjatka vom 25. Juli bis 7. August 111 (52), Jekaterinosslaw vom 25. Juli bis 7. August 88 (44), Grodno vom 1.—7. August 114 (34), Minsk vom 1.—7. August 107 (54), Mohilew vom 25. Juli bis 7. August 147 (55), Tschernigow vom 18. Juli bis 7. August 74 (30), Lomsha vom 1.—7. August 52 (22), Podolien vom 18.—31. Juli 1178 (423), Ufa vom 18.—31. Juli 11 (3), Astrachan vom 1.—9. August 20 (5), Bessarabien vom 1.—7. August 9 (3), Kaluga vom 1.—7. August. 5 (5), Kostroma vom 1.—7. August 27 (11), Ssimbirsk vom 1.—7. August 50 (23), Smolensk und Rjasan vom 1.—7. August 1 (1), Stadt Sewastopol vom 5.—8. August 9 (6), Gouv. Tambow vom 1.—7. August 9 (5), Charkow vom 1.—7. August 99 (63), Chersson vom 3.—10. Aug. 83 (20), Stadt Nikolajew vom 1.—7. August 4 (2), Terek-Gebiet vom 4.—7. August 2 (2), Choleraverdächtige Erkrankungen und Todesfälle kamen vor: in St. Petersburg vom 7.—8. August 1 (—), im Gouvernement Petersburg vom 1.—7. August 9 (1), Gouv. Orenburg vom 1.—7. Aug. 1 (—), Perm vom 25.—31. Juli 7 (—).

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 14. August d. J. 5477 (139 mehr als in der Vorwoche), darunter 304 Typhus — (35 mehr), 531 Syphilis — (64 mehr) 35 Scharlach — (8 wen.) 11 Diphtherie — (5 mehr) 15 Masern — (= Vorw.), und 18 Pockenkranke (3 mehr als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 8 bis 14 August 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
267	210	477	137	34	80	3	3	4	33	36	43	34	38	25	5	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 10, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 3, Scharlach 3, Diphtherie 2, Croup 2, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 8, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 8, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 53, Tuberculose anderer Organe 8, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 42, Marasmus senilis 19, Krankheiten des Verdauungscanals 116, Todtgeborene 28.

Дозв. ценз. Спб. 20 Авг. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 35 St. Petersburg, 28. August (9. September) **1893**

Zur Casuistik des Aortenaneurysmas.

Aus der Abtheilung des Herrn Dr. Hampeln

von

Dr. med. Edgar Mey

in Riga.

Vor zwei Jahren kam im Stadtkrankenhause ein Fall von Aortenaneurysma zur Beobachtung, dessen Mittheilung ein weiteres Interesse in Anspruch zu nehmen geeignet sein dürfte, und zwar sowohl in klinischer als in anatomischer Beziehung, was die Folgeerscheinungen im peripheren Gefässapparat betrifft. Soweit mir die einschlägige Literatur zugänglich gewesen, scheint eine der unsrigen analoge Beobachtung noch nicht mitgetheilt worden zu sein.

Jacob A. Aufgenommen den 21. Januar 1891. Gestorben den 4. April 1892.

Pat. ist Tischler, 40 a. n., keine hereditäre Belastung, mässiger Gelegenheitstrinker. Vor 10 Jahren ulcus molle, Ausschlag, local und innerlich (mit Pillen) behandelt worden. Vor 4½ Jahren Schlaganfall mit rechtsseitiger Lähmung, darnach genesen. Patient ist seit dem Sommer 1890 heiser. Seit dem Herbst zunehmende Athemnoth und Husten, keine Haemoptoe. Täglich ein bis zwei Mal oder seltener, auftretende, Anfälle, die 1—2 Min. dauern: Bewusstlosigkeit und leichte Zuckungen in den Extremitäten. Patient ist mager und schwächer geworden, jedoch nicht bettlägerig gewesen. Appetit gut, Stuhl träge, Urin angeblich normal, keine Schwellung am Körper bemerkt, kein vermehrter Durst, keine Gelbsucht.

Status präsens und Verlauf.

Sensorium frei, rechte Pupille etwas weiter als die linke. Bedeutende Anaemie. Mässige Abmagerung, keine Oedeme. Das ganze Gesicht, besonders Nase und Ohren kühl, keine Cyanose. Rachenschleimhaut blass, sonst normal.

Inguinaldrüsen vergrössert. Keine Narben. Respiration sägend, beschleunigt. Stridor trachealis. Temperatur 36,3—37,4.

Puls: allein in den Schenkelbeugen fühlbar, sonst weder an den Aa. radiales, noch brachiales, noch subclaviae, noch an den Carotiden, noch temporales. Die Frequenz beiderseits an den crurales 110. An der linken temporalis, welche fühlbar ist, aber nicht pulsirt, lässt sich centripetal das Blut fortstreichen und es ist ein Wiederanschwellen nach Aussetzen der Compression bemerkbar. Keine collateralen Gefässe constatirbar. Geringe Anschwellung der Halsvenen und Armvenen, links stärker als rechts, auch der Thoraxvenen.

Thorax LVO etwas höher als rechts. Infraclaviculargruben rechts tiefer als links. Supraclaviculargruben beiderseits gleich. Beweglichkeit im Ganzen gering.

Sputum: spärlich, schleimig-eitrig, ohne Tuberkelbacillen. Der Larynx bewegt sich bei der Respiration kaum merkbar.

Obere Lungengrenzen beiderseits gleich, Schall V dumpf, aber beiderseits gleich, nur bei leiser Percussion am oberen Sternalende eine Dämpfung nachweisbar, welche von einer Zone weniger dumpfen Schalles umgeben ist.

RV überall rauhes, lautes Athmen, hie und da etwas Rasseln. L. bis zur zweiten Rippe scharfes Athmen, von da nach abwärts kein Athmen. Pectoralfremitus überall vorhanden.

In der Rückenlage kein Ictus, in der linken Seitenlage in der ML im V JCR.

Leichte Pulsation der oberen Sternalgegend, sonst keine Erschütterung. Systolisches Fremissement am Halse links.

Herzdämpfung normal. An den gewöhnlichen Auscultationsstellen kaum hörbar leise, reine Töne, am deutlichsten im IV ICR intramamillär. An der III. Rippe links ein leises systolisches Geräusch, bis zum unteren Sternalende hörbar, nach oben lauter werdend bis zum Jugulum, am lautesten über der linken Clavicula, während der Exspiration und Inspiration von gleicher Intensität bleibend.

Leib weich, nicht aufgetrieben, Leber und Milz normal gross.

Larynxbefund: Complete Paralyse des linken Stimmbandes, Anaemie, complete Adductionsparese; hochgradige Abductionsparese rechts.

Blutuntersuchung: Vermehrung der weissen, Verminderung der rothen Blutkörperchen.

Harn: braun, klar, sauer, Spuren von Alb., Urate, spec. Gewicht 1023.

24. Januar. Abends ein starker Anfall von Dyspnoe. Chloroforminhalationen.

5. Februar. Bisher ziemlich gutes Befinden. Schlaflosigkeit. Stridor trachealis immer noch vorhanden. Amaurose, nach einigen Tagen Besserung.

12. Februar. Seit einigen Tagen sind Anfälle von Bewusstlosigkeit mit Zuckungen und ohne diese eingetreten. Pulsfrequenz 100—105.

Bis zum 1. März relatives Wohlbefinden. 6 Uhr Nachmittags wieder ein epileptiformer Anfall.

16. März. Starke Dyspnoe. Larynxbefund wie früher.

26. März. Schlaflosigkeit, Husten und Athemnoth.

28. März. Häufig starke Anfälle. Chloroforminhalationen.

2. April. Cyanose des Gesichts. Morphium.

4. April. Die Nacht gut geschlafen. Um 8 Uhr Morgens tritt der Exitus letalis ein.

Sectionsbefund: Starke Anaemie, keine Oedeme. Mediastinum anterius normal. Im Herzbeutel 20 Ccmt. Serum.

Herz: 10. 13. 5,5. Musculatur derb, deutliche Faserung, bräunlich. Keine myokarditischen Veränderungen. L Ventrikel 1,7, dilatirt. R Ventrikel 0.4. Aorten- und Mitralklappen leicht verdickt, nicht geschrumpft.

Ostium Aortae 8,0. Fleckige Sklerose der Coronariae. Hochgradige, diffuse Erweiterung der Aorta ascendens und descendens. Am Ostium aorticum 6 Ctm., unter dem Ostium 10 Ctm. Umfang, am Bogen 14 Ctm., Aorta descendens schnell zu 5 Ctm. sich verengernd, Abdominalis 4 Ctm. Wand mässig verdickt, hochgradig sklerosirt, 2 resp. 3 flache secundäre Ausbuchtungen, welche zum Theil mit alten, lamellären Thrombenmassen erfüllt sind. Mit Ausnahme der linken Subclavia sind alle vom Arcus entspringenden Gefässe obliterirt. Kurzer Truncus anonymus, 4 Mm. lang. vollständig obliterirt.

An der rechten Subclavia erstreckt sich die Obliteration 2 Ctm. an der rechten Carotis communis 8 Ctm., an der l. Carot. communis 1 Ctm. weit, von der Aorta gerechnet, in das Gefässrohr hinein. Die linke Subclavia ist an ihrer Austrittsstelle aus der Aorta hochgradigst verengt (Gesammtumfang 5 Mm.), nur für eine dünne Sonde passirbar hat aber dann wieder sofort normale Weite, normales Lumen. Nach Eröffnung der Gefässe sieht man die peripheren Enden der Thromben, sich verjüngend frei in das Lumen hineinragen, während die centralen Theile desselben fest mit der Gefässintima verwachsen sind. Die spätere mikroskopische Untersuchung (Dr. Krannhals) ergab, dass es sich um organisirte Thromben handelte.

Die Ursprungsstelle der obliterirten Gefässe ist an der Innenfläche der Aorta durch kleine napfförmige Vertiefungen angedeutet.

Die Trachea ist durch den aneurysmatischen Sack stark comprimirt, der linke Theil der Wand in das Trachealllumen hineingedrängt. Die Schleimhaut hier sehr dunkel geröthet, noch nicht in der Continuität gestört, wohl aber sehr nahe der Perforation. Dieser Stelle entspricht auf der Aortenseite eine der secundären Ausbuchtungen des Aneurysmas und ist die Usurirung der Trachea bereits bis zur Bloslegung von Knorpelringen gediehen. Larynx normal. Beide Lungen HU pneumonisch, morsch, geringer Luftgehalt. Peritoneum, Netz normal. Leber 26. 18. 16. 7. grau-braun, normal gezeichnet. Milz 13. 7. 4½ gerunzelte Kapsel mit 2 hellgrauen Nekrosenähnlichen Stellen (Infarct?). Nieren: 11. 3. 6. 3 normal. Dura gespannt. Arterielle Hyperämie der Pia. Basisgefässe sehr zart. Hirn weich, sanguinulentes Serum in den Ventrikeln, Hirnsubstanz blutreich, makroskopisch keinerlei Herdaffectionen.

Wenden wir uns zur Besprechung dieses Falles, so weisen die in der Krankengeschichte genannten wichtigsten Symptome erstens auf eine Erkrankung der äusseren Luftwege und zweitens auf eine Circulationsstörung im grossen Kreislauf hin: nämlich die Stenose der Trachea und die absolute Pulslosigkeit der ganzen oberen Körperhälfte. Der Gedanke an einen ursächlichen Zusammenhang dieser beiden Erscheinungen war sehr naheliegend, da bekanntlich das Brustaneurysma, an welches in erster Linie gedacht wurde, und der Mediastinaltumor die gewöhnliche Veranlassung einer Compression der Trachea, resp. eines Bronchus bilden. Dazu kommt noch die durch die laryngoskopische Untersuchung nachgewiesene linksseitige Recurrenslähmung, ein Symptom, das ja stets den Verdacht eines latenten Aortenaneurysmas oder eines Mediastinaltumors erregt.

Die Diagnose eines Aneurysmas wurde jedoch durch die Abwesenheit anderer für das Aortenaneurysma charakteristischen Symptome bedeutend erschwert, indem, wie gesagt, weder an den oberen Extremitäten, noch am Rumpf auch nur eine Andeutung eines pulsirenden Gefässes zu constatiren war, sodass in diesem Fall der Pulsus differens, dessen Bedeutung bei Erkrankungen des Aortenbogens vielfach hervorgehoben wird, für die Diagnose in unserem Fall keine Verwerthung finden konnte. Obgleich auch das Fehlen des Pulsus differens bei deutlichen Zeichen eines Bogenaneurysmas bekannt ist, so wird dasselbe dennoch als eine Ausnahme bezeichnet und seine Anwesenheit als eine bedeutungsvolle diagnostische Stütze betrachtet. Trotz Mangels genügend sicherer Merkmale eines Aneurysmas musste man sich doch für das Bestehen eines solchen aussprechen, wenn man, erstens das häufigere Vorkommen des Aneurysmas gegenüber dem Mediastinaltumor als Ursache einer Compression der äusseren Luftwege und einer linksseitigen Recurrenslähmung berücksichtigte, und zweitens die wahrnehmbare, wenn auch leichte Pulsation der oberen Sternalgegend; ferner die Abwesenheit von Venenstauung, welche gleichfalls gegen einen Mediastinaltumor spricht; ebenso verursacht dieser nie Pulslosigkeit.

Alle diese Momente dürften wohl mit grosser Wahrscheinlichkeit, wenn auch nicht mit Sicherheit, die Diagnose eines Aortenaneurysmas gestatten. Eine Erklärung für das Zustandekommen der Pulslosigkeit konnte zu Lebzeiten nicht erbracht werden.

An eine Verschiebung oder Verzerrung der am Arcus abgehenden grossen Gefässe wurde allerdings gedacht, zugleich aber für sehr unwahrscheinlich gehalten, dass dadurch die Pulswelle an den der Palpation zugänglichen Arterien nicht zur Wahrnehmung gelangen könnte. Man weiss allerdings, dass aus den erwähnten Ursachen Ungleichheit in der Grösse und Zeitfolge der Pulse entstehen kann, aber keine absolute Pulslosigkeit, da das Herz derartige Hindernisse an den Arterien ohne Zweifel leicht zu überwinden im Stande ist.

Erst die Obduction deckte die Ursache dieser höchst ungewöhnlichen Erscheinung auf, indem sie eine vollständige Obliteration des Truncus anonymus und der Carotis communis sinistra ergab, während die Subclavia sinistra als einziges der vom Arcus entspringenden Gefässe für Blut durchgängig war, dabei jedoch so hochgradig stenosirt, dass eine Pulswelle an den peripheren palpablen Gefässen nicht wahrgenommen werden konnte.

Soviel Veröffentlichungen über Erkrankungen der vom Aortenbogen entspringenden Gefässe beim Aneurysma vorliegen, ist immer nur von einer Stenose, meistens in Folge einer sklerosirenden Endarteriitis die Rede und zwar als einer recht häufigen Erscheinung, aber nicht von einer vollständigen Obliteration und noch dazu im weiteren Verlauf der Gefässe. Dieser Umstand dürfte wohl die Mittheilung dieses Falles rechtfertigen, obgleich sie auf wissenschaftliche Vollständigkeit keinen Anspruch erheben kann, da eine exacte Untersuchung des Gefässapparates, wozu in erster Linie eine Injection und Präparation desselben gehört, aus äusseren Gründen (die Erlaubniss zur Section war wegen Schonung der Leiche nur bedingungsweise ertheilt worden) leider nicht vorgenommen werden konnte. Von grossem Interesse wäre gerade der Nachweis der Collateralen gewesen, welche sich doch in bedeutendem Maasse ausgebildet haben müssen, da die Versorgung der oberen Körperhälfte durch die vom Arcus entspringenden Gefässe eine sehr geringe gewesen ist, wenn man bedenkt, dass sie normaliter durch Gefässe mit einem Gesammtumfang von ca. 6—8 Cmt. geschieht, während in unserem Falle am Arcus eine Oeffnung von nur 0,5 Cmt. von Blut passirt wurde.

Zur Symptomatologie des Bothriocephalus latus.

Von

Dr. med. A. Hartge,

Dorpat.

Oft werden Bandwürmer im Darmcanal beherbergt, ohne irgend welche Beschwerden hervorzurufen, und nicht selten trifft man hochbejahrte Leute, welche bis an ihr Lebensende den Parasiten in sich tragen und nur von Zeit zu Zeit an ihn erinnert werden, indem spontan einige Meter oder Fuss desselben ohne die geringsten Beschwerden beim Stuhlgang abgehen. Wenn man in

Folge solcher Vorkommnisse leicht zur Ansicht neigte, es sei der Botriocephalus latus ein ziemlich unschuldiger Parasit, so haben Beobachtungen im letzten Jahrzehnt (Hoffmann, Reyher u. a.) dargelegt, dass die Gefahren für den allgemeinen Gesundheitszustand, welche durch diesen Schmarotzer bedingt werden können, garnicht hoch genug veranschlagt werden können. Ja, es sind sogar Fälle zur Beobachtung gelangt, wo der Schwächezustand der Patienten ein so enormer war, dass eine Abtreibung des Wurmes nicht mehr vorgenommen werden konnte und Patienten einfach am Bandwurm oder an seinen Folgezuständen zu Grunde gingen. Irgend welche Praecision oder ein Typus in der Symptomatologie des durch diesen Parasiten verursachten Leidens existirt meines Wissens noch nicht und es muss daher jede Beobachtung zur Klärung dieser Frage von Interesse sein.

Indem ich die sehr mannigfachen Symptomencomplexe der schweren Anämien und sonstigen allgemeinen Folgezustände, wie sie individuell verschieden auftreten können, übergehe, möchte ich hier nur den Darmcanal berücksichtigen. Es ist da allgemein bekannt, dass bisweilen Leibschmerzen nach Art einer Kolik auftreten; Andere klagen über Unregelmässigkeiten der Entleerungen, über intercurrirende oder auch chronische Diarrhoën, welche keiner Medication weichen wollen; Druck und Völle im Leibe, Appetitlosigkeit, andererseits auch Heisshunger gesellen sich gelegentlich hinzu. Doch ist mit all diesen vagen Beschwerden für die Diagnose nicht viel anzufangen und gilt da der alte Satz, man soll den Wurm nicht früher abtreiben, bis die Diagnose entweder durch spontan abgegangene Bänder oder durch den mikroskopischen Fund von Eiern in den Faeces gesichert ist. Wenn nun auch dieses Postulat in den meisten Fällen seine Gültigkeit behalten wird bei der allgemeinen Annahme, dass jeder Bothriocephalus stets so viel Eier producirt, dass sie mit Leichtigkeit in den Faeces gefunden werden können, so trifft solches doch nicht immer ein. Es kommen gar nicht so selten Fälle zur Beobachtung, in denen weder Glieder noch Eier zu constatiren und dennoch bereits derartige Beschwerden vorhanden sind, dass wir nach andern diagnostischen Hilfsmitteln suchen müssen, wenn wir nicht vollständig im Dunkeln tappen wollen. Einen einschlägigen Fall möchte ich hier anführen, weil er mir geeignet erscheint, für die sehr vage Symptomatologie des Bothriocephalus latus einen gewissen Typus aufzustellen.

Ein kräftiger, vollkommen gesunder Mann nahm gelegentlich etwa ½ Theelöffel Hechtrogen zu sich. Genau nach sechs Wochen traten geringe Beschwerden von Seiten des Darmcanals auf: leichtes Druckgefühl in der Nabelgegend oder eigentlich im ganzen Mesogastrium, Gefühl von Völle und Aufgetriebenheit, leichte Uebelkeiten und fader Geschmack im Munde, besonders am Morgen. (Auch Braun giebt einen Termin von etwa 6 Wochen für die Entwickelung des Bothr. lat. an). Nachdem solches einige Tage bestanden hatte und die Beschwerden eine geringe Steigerung erfahren, nahm er eine Dosis Ricinusöl in der Hoffnung dadurch Erleichterung zu erhalten. Das Ricinus wirkte prompt und ausgiebig, im Stuhl war aber nichts Pathologisches zu finden, insbesondere kein Bandwurm; die subjectiven Beschwerden erfuhren hierdurch keine Veränderung, sie wurden eher stärker als schwächer. Eine sich hieran schliessende sehr eingehende Untersuchung des Abdomens konnte nichts Abnormes constatiren, doch fiel der Umstand immerhin auf, dass das schmerzhafte Gefühl im Mesogastrium durch Ausübung eines starken Druckes nicht wesentlich oder garnicht alterirt wurde. Es wurde Karlsbader Salz und vorsichtige Diät eingeführt, alles schwer Verdauliche vermieden, umsonst, den ganzen Tag über hielten die unangenehmen Erscheinungen und kolikartigen Schmerzen an. Auch alle weiteren Medicationen und Maassregeln erwiesen sich als erfolglos. Unterdessen hatte Patient noch einige weitere Beobachtungen gemacht: Die Verdauung war stets gut, nur schafften Stuhlgänge nie Erleichterung, Druck und Völle und Unbehagen waren ganz unabhängig davon; bei Horizontallage liessen die Beschwerden nach, beim Sitzen, Stehen, Gehen und besonders beim Fahren waren sie in verstärktem Grade wieder da. Nachts, während der Horizontallage war nie etwas besonderes zu verspüren, auch Tags über trat bei Horizontallage in der Regel sofort Euphorie ein. Die Gegend der Schmerzhaftigkeit entsprach genau dem Dünndarm, befand sich also am Nabel und in seiner Umgebung, wie in der Herzgrube und konnte auch starker Druck den Schmerz nicht wesentlich erhöhen, obgleich andererseits wieder schon ein gelinder Druck der Kleidung unangenehm empfunden wurde. Es erwies sich sehr bald, dass die Nahrungsweise gar keinen Einfluss hatte, es war ganz einerlei, ob Patient hungerte oder irgend welche Speisen zu sich nahm, die Beschwerden waren den ganzen Tag über da. Nun machte Patient noch zufällig die Beobachtung dass schon ganz geringe Quantitäten Alkohol fast momentan Linderung brachten, jedes Glas Bier oder Wein oder Gläschen Schnaps schaffte alle Beschwerden auf 1—2 Stunden fort. Kurz Horizontallage und Alkohol waren die beiden Mittel, welche den Zustand erträglich machten. Da nun alle diese Erscheinungen auf keine bekannte Krankheit passen wollten, so entstand allmählich Verdacht auf Bandwurm resp. Bothriocephalus lat. Im Ganzen waren jetzt etwa 8 Wochen nach Genuss des Hechtrogens verstrichen. Es wurde nun täglich der Stuhl eingehend mikroskopisch untersucht jedesmal mehrere, verschiedenen Stellen entnommene Präparate durchmustert, es liessen sich keine Eier constatiren, auch sonst war nichts Abnormes zu finden. Im Ganzen untersuchte man den Stuhl an 5 aufeinander folgenden Tagen, immer war der Erfolg negativ. Trotzdem wurde Extr. Filic. mar. aeth. 4.0 in caps. nüchtern auf einmal und eine Stunde nachher Ol. Ricini genommen und sehr bald ging ein Bothriocephalus ab. Derselbe war etwa 1—1½ Meter lang, die Glieder erreichten nicht die Breite, wie sie gewöhnlich reife Glieder haben, wir hatten demnach ein noch sehr junges Thier vor uns. Alle Beschwerden hörten nach Abgang des Schmarotzers am selben Tage auf. In der Folge hatte ich nun Gelegenheit, dieselben Erscheinungen an mehreren Patienten zu constatiren und möchte sie daher noch einmal zusammenfassen: 1) Beständige kolikartige Schmerzempfindung im Mesogastrium in weiterer Ausdehnung, welche auf Druck von aussen nicht wesentlich gesteigert wird. 2) Diese Schmerzen werden nur bei aufrechter Körperhaltung empfunden und verschwinden bei Horizontallage. 3) Alkoholhaltige Getränke wirken beruhigend. 4) Diät und Medicamente, ausgenommen Narkotica, haben keinen Einfluss. — Nebenbei sind vorhanden: Druck, Völle, Gefühl von Spannung im Leibe, leichte ziemlich beständige Uebelkeiten, fader Geschmack u. s. w.

Natürlich wird die exacte Diagnose wohl stets nur durch abgegangene Bandwurmglieder (Bänder) oder Eier im Stuhl zu stellen sein, sobald erst ein Bothrioceph. längere Zeit im Darm schmarotzt hat, die angeführten Symptome würden dort zu berücksichtigen sein, und eine Bandwurmkur rechtfertigen, wo Glieder nie beobachtet worden, der Eierbefund fraglich oder die Untersuchung darauf nicht gut zu bewerkstelligen ist, oder wo wie in unserm Fall. der Schmarotzer noch so jung und unentwickelt, ist dass er weder reife Glieder noch Eier producirt, aber doch schon im Stande ist, recht unangenehme Beschwerden hervorzurufen.

Referate.

Zoege v. Manteuffel (Dorpat): Bemerkungen zur Blutstillung. (Deutsche medic. Wochsch. Nr. 28. 1893).

Ein aus einer Bluterfamilie stammender 12-jähriger Knabe bekam in Folge einer Zahnextraction eine heftige Blutung, die nur für kurze Zeit durch Tamponade und Kinnbinde gestillt werden konnte. Verf. sah den Knaben nach 3 Tagen, derselbe bot alle Zeichen der Anaemie dar, dabei tropfte noch immerfort helles Blut aus dem Munde. Zunächst versuchte Z. auf früheren Erfahrungen fussend, die Blutung durch parenchymatöse Cocaininjection (½ pCt.) zu stillen. Dies gelang auch für einige Stunden, jedoch war die Wirkung keine anhaltende. Professor Alexander Schmidt, dem das Blut zur näheren Untersuchung übergeben wurde, constatirte, dass zwar kein gänzliches Fehlen der Muttersubstanzen des Fibrins, der Blutglobuline, hier vorlag, jedoch war die Gerinnungszeit des Blutes, welche nach stärkeren Blutverlusten eine sehr kurze zu sein pflegt, hier eine abnorm lange. Es war somit von grosser Wichtigkeit die Gerinnungstendenz bis zur Momentangerinnung zu steigern. Dabei übersandte Schmidt dem Verf. die von ihm dargestellte zymoplastische Substanz (Näheres über deren Natur und Herstellung in dem jüngst erschienenen Werk «Zur Blutlehre») zur Anwendung und Prüfung bei dem hämophilen Knaben. Die nach der Schmidt'schen Vorschrift mit einigen Tropfen der zymoplastischen Substanz versetzte Blutprobe gerann in ca. 10 Secunden, fast momentan, während das unvermischte Blut 4½ Minuten zur Gerinnung brauchte. Um die Wunde der Wirkung der betreffenden Substanz zugänglich zu machen — durch den Blutstrom wurde die Substanz immer wieder weggeschwemmt, — injicirte Z wieder eine Cocainlösung und brachte alsdann ein in die Aufschwemmung der Substanz getauchtes Wattebäuschchen in die betreffende Alveole und auf das Zahnfleisch. Der Bausch haftete recht fest; auf diese Weise wurde die Blutung definitiv gestillt. Zur Stütze und Controlle der zymoplastischen Wirkung stellte Verf. Versuche an Katzen an: es wurden einer Katze an den Hinterpfoten zwei lebhaft blutende Flächenwunden beigebracht; wurde die eine Wunde mit der neutralisirten Emulsion der zymoplastischen Substanz, die andere Wunde aber mit einer ¾ pCt. NaCl-Lösung behandelt, so konnte man deutlich eine Wirkung des Zymoplasma auf die Gerinnung bei der parenchymatösen Blutung beobachten.

Abelmann.

W. Latzko: Ein Beitrag zur Wiederbelebung asphyctischer Neugeborenen. (Wiener med. Presse Nr. 23).

Bekanntlich hat Maass (Göttinger Klinik) 1892 eine neue Behandlungsmethode der Chloroformasphyxie vorgeschlagen; dieselbe besteht darin, dass in raschester Aufeinanderfolge rhythmische Compressionen der Herzgegend ausgeführt werden. Diese Methode wurde nun von L. bei asphyctischen Neugeborenen mit glänzendem Erfolge angewandt. Bei einem in tiefer Asphyxie geborenen Knaben, bei dem weder starke Hautreize, noch Schultze'sche Schwingungen von Erfolg begleitet waren, führte die Anwendung der Maass'schen Methode zum erwünschten Ziel. Das leblose Kind wurde in ein warmes Bad gebracht; L. setzte die Fingerspitzen seiner rechten Hand auf die vordere Brustwand und übte in rascher Folge einen rhythmischen Druck auf den Brustkorb aus. Die Bewegung geschah mit steifem Handgelenk, die Fingerspitzen wurden von der Thoraxwand nicht entfernt. Ungefähr 150—200 Compressionen wurden in der Minute ausgeführt. Schon nach 3 Minuten war ein kräftiger Herzstoss zu fühlen und zu sehen. Doch mussten in diesem Falle eine Zeitlang die Compressionen fortgesetzt werden, weil die Herzthätigkeit wieder abnahm. Auch andere Fälle wurden vom Verf. auf diese Weise mit günstigen Resultaten behandelt. Die eben erwähnte Methode scheint schon desshalb der Schultze'schen und Silvester'schen überlegen, weil sie direct die erloschene Herzthätigkeit in Anregung setzt, denn der reichlichste Gasaustausch in den Lungen muss seinen Zweck verfehlen, wenn es nicht gelingt gleichzeitig die gesunkene Herzaction zu heben.

Abelmann.

G. Sittmann: Papain bei Erkrankungen des Magens. (Münch. medic. Wochenschr. Nr. 29).

Das Papain (aus der Frucht der Carica papaya) stellt ein weissgelbes Pulver dar, von eigenthümlich brenzlich-gewürzigem Geruch, der Geschmack erinnert an Fleischextract, es löst nach Brandl ganz energisch das Eiweiss auf: 0,1 g. Papain verwandelt 10 g. coagulirtes Hühnereiweiss innerhalb 2 Stunden in eine opalescirende, milchige Flüssigkeit (Temperatur von 40—45°), die gleiche eiweisslösende Wirkung entfaltet das Papain in alkalischer Lösung; in schwachsaurer Lösung wird das Eiweiss durch Papain in 2 Stunden vollkommen klar aufgelöst. Verf. verordnete das Mittel bei verschiedenen Krankheitszuständen des Magens, es wurde in Dosen von 0,3—0,5 mit etwas Wasser zu einem dünnflüssigen Brei angerührt, sofort nach der Mahlzeit eingenommen. Bei acutem Magenkatarrh zeigte sich die günstige Wirkung bereits nach 2—3 Dosen; es verschwanden die Schmerzen, die Esslust kehrte rasch wieder. In 3 Fällen von chronischem Magenkatarrh, wobei früher zweifellos ein Ulcus ventriculi bestanden hatte, wich die Anorexie in einer Woche; eine Patientin, die wochenlang kein Fleisch wegen der starken Magenschmerzen genossen hatte, verlor diese Schmerzen bereits nach einer Gabe und konnte wieder Fleisch geniessen. Auch bei Carcinoma ventriculi konnten die dyspeptischen Zustände durch Papain gehoben werden, ebenfalls günstig erwies sich das Mittel bei Magenerweiterung. Geringen Erfolg erzielte Verf. mit dem Papain bei Neurosen des Magens, bei Hysterischen und Neurasthenikern; diese liessen nur vorübergehende, wohl auf suggestiver Wirkung beruhende Besserung erkennen.

Versuche mit dem Papain bei Diphtheritis hat Verf. nicht angestellt, scheinen aber sehr wünschenswerth zu sein, da das Mittel viel wirksamer ist, als das seinerzeit in die Behandlung der Diphtherie eingeführte Papayotin.

Abelmann.

Jahresversammlung der British medical Association in Newcastle-on-Tyne, August 1893.

Section für Pathologie.

C. S. Roy (Cambridge): Ueber Schutzvorrichtungen. (Brit. med. Journal Nr. 1701).

Die Pathologie hat in den letzten Jahren grosse Fortschritte gemacht, besonders aber die Lehre von den Parasiten als Krankheitserregern. Ich sehe heute von einer Besprechung bakteriologischer Fragen ab, und erlaube mir Ihre Aufmerksamkeit auf die Schutzvorrichtungen des Organismus gegen Krankheit und Tod zu lenken.

Die Schutzvorrichtungen treten in Action, wenn ein Theil oder der ganze Organismus gefährdet ist. Theils handelt es sich um Mechanismen, die auch im normalen Organismus thätig sind, theils ist es ein anatomisches Substrat, das, soviel wir wissen, nur dann seine Wirkung entfaltet, wenn der Organismus einer Vertheidigung bedarf. Die Schutzvorrichtungen sind besonders zahlreich und hoch differenzirt an den am meisten gefährdeten Stellen des Körpers. Einige haben eine locale Bedeutung für einzelne Organe, andere schützen den ganzen Organismus.

Jeder Athemzug bringt mit der Luft in die Bronchien Mikroben, die auf der Schleimhaut einen günstigen Nährboden finden. Als Schutz gegen diese Feinde stösst der Organismus beständig zwischen den Epithelzellen eine Menge eosinophiler und anderer Leucocyten aus. Diese zerstören und verschlingen alle Mikroorganismen mit denen sie in Berührung kommen. Gleichzeitig sorgen die flimmernden Cilien der Epithelzellen für eine mechanische Entfernung der auf der Schleimhautoberfläche befindlichen Körper. Ausserdem kann sich die Schleimhaut in kurzer Zeit in Folge mechanischer Reizung mit einer mucinhaltigen klebrigen Flüssigkeit bedecken, die ein Eindringen der Parasiten in das Epithel verhindert. Der Husten entfernt dieses Secret nach oben, während die Construction der Bronchialmusculatur ein Vordringen in die Lungen verhindert.

Bei dyspnoischen und asphyktischen Zuständen wird die Ernährung der Körperstellen, die weniger wichtig sind, unterbrochen resp. herabgesetzt, während alles Oxyhämoglobin zum Centralnervensystem und Herz und den Muskeln die der Respiration dienen gesandt wird.

Als Schutzvorrichtungen am Digestionstractus dienen der Brechact und die vermehrte Peristaltik: beide entfernen die materia peccans möglichst schnell aus dem Organismus. Die antiseptische Bedeutung der Salzsäure des Magensaftes haben wir erst unlängst schätzen gelernt.

Die Entzündung ist gleichfalls ein Process der Vertheidigung des Organismus gegen eingedrungene Parasiten. Viele früher als Entzündung bezeichnete Processe sind aber nicht hierher zu rechnen. Viele sogenannte chronisch interstitielle Entzündungen beruhen auf localer Anämie infolge Verengerung der Blutgefässe. Da die Ernährung leidet, tritt an Stelle der früher vorhandenen Gewebe Bindegewebe, dessen Stoffwechsel weniger rege ist. Auch die meisten parenchymatösen Entzündungen beruhen auf Ernährungsstörungen oder auf chemischer Zerstörung des functionirenden Parenchyms, das dann durch Bindegewebe ersetzt wird. Nach der heutigen Anschauung ist die Entzündung eine Folge localer Invasion von pathogenen Mikroben. Jeder Entzündungsprocess setzt einen localen gesteigerten Stoffwechsel. Die Hitze, Röthung und Schwellung unterscheiden sich qualitativ nicht von den Phänomenen, mit denen ein gesteigerter Stoffwechsel einhergeht.

Die Congestion und Exsudation sind ohne Zweifel die Vorrichtungen, die auch normaliter die Zufuhr von Nährstoffen zu den Geweben reguliren. Ausser dem Schmerz unterscheidet sich jedoch die Entzündung von gesteigerter localer Ernährung durch das Verhalten der Leucocyten. Dieselben verlassen die Gefässe in vermehrter Zahl, gleichzeitig ist die Zahl der Leucocyten des Blutes vermehrt. Zuerst erscheinen die eosinophilen Zellen. Nach Kanthack und Hardy treten die eosinophilen Körnchen aus den Zellen heraus, um in der Gewebslymphe gelöst die Mikroorganismen zu schädigen. Nach genannten Forschern spielen diese einkernigen amöboiden eosinophilen Zellen eine wichtige Rolle bei der Vertheidigung des Organismus gegen eingedrungene pathogene Mikroben. Die Lehre von der Phagocytose Metschnikoffs steht also in keinem Gegensatz zur Lehre von der Bedeutung des Blutplasmas als keimtödtender Schutzvorrichtung. Kanthack und Hardy beanstanden die Bedeutung der Phagocytose nicht, sie erklären aber zugleich die bakterientötende Wirkung des Serums. Die enorme Zahl der eosinophilen Zellen im Anfang der Entzündung spricht für ihre Bedeutung. Die Functionen der verschiedenen Formen der Leucocyten sind noch wenig bekannt. Möglicherweise produciren einige derselben Substanzen die durch Oxydation oder auf andere Weise die giftigen Toxine unschädlich machen. Andere mögen bei der Regeneration nach Ablauf der Entzündung eine Rolle spielen. Ein zweites Vertheidigungssystem des Organismus sind die Lymphdrüsen.

Auch der Schmerz bei der Entzündung ist als Schutzvorrichtung aufzufassen. Der continuirliche Schmerz der Entzündung verschafft dem entzündeten Theile die nöthige Ruhe. Die vasomotorischen Nerven reguliren die Circulation in der Weise, dass dem erkrankten Theil mehr Blut zugeführt wird, während anderen Geweben weniger zufliesst.

Ausser den schon erwähnten Lymphdrüsen gehört auch das Fieber zu den Schutzvorrichtungen des Körpers. Die meisten Fieber sind vergesellschaftet mit der Gegenwart von mikrobischen Giften im Organismus. Ueber die Natur dieser Gifte wissen wir wenig. Sidney Martin fand, dass einige pathogene Mikroben eine fieberproducirende Albumose bilden, andere einen sauren organischen Körper, wieder andere einen basischen organischen Körper. Bis jetzt kennen wir noch nicht alle fiebererregenden chemischen Körper die von den Mikroben producirt werden. Das Fieber selbst gleicht sich in allen Fällen. Die Temperatursteigerung entsteht nach Rosenthal durch Verminderung der Wärmeabgabe durch die Haut im Initialstadium. Die erhöhte Temperatur selbst verursacht aber einen erhöhten Stoffwechsel und Production von Hitze, wobei es auf der Höhe des Fiebers auf die Grösse des Wärmeverlustes durch die Haut schon nicht mehr ankommt. Aus den Untersuchungen Peinbrey's geht hervor, dass wenn man Menschen oder Warmblüter der Kälte aussetzt eine erhöhte Wärmeproduction entsteht, als deren Ursache das Zittern und andere Muskelcontractionen anzusehen sind. Alle übrigen Erscheinungen des Fiebers wie der erhöhte Gaswechsel in den Lungen und die vermehrte Ausscheidung der Stoffwechselproducte können durch die Erhöhung der Temperatur erklärt werden. Dasselbe gilt von der Aenderung der Circulation bei Fieber. Fieber entsteht durch Invasion von Mikroorganismen, die Katarrhe und Eiterung hervorrufen. Es ist aber keineswegs ein Maassstab für die Virulenz des eingedrungenen Mikroorganismus. Je schwerere Vergiftungserscheinungen der Parasit setzt, desto geringer ist häufig die febrile Reaction. Das Fieber ist eine Schutzvorrichtung deren der Organismus sich bedient im Kampf mit den Mikroparasiten. Wenn bei der Cholera asiatica in einigen Fällen Fieber auftritt in anderen nicht, so ist bei gleicher Schwere der Infection die Prognose der ersteren stets besser. Wenn man Thieren, die gegen bestimmte Mikroorganismen immun sind, zur Zeit der Inoculation Antipyrin giebt oder die Temperatur durch äussere Kälteapplication niedrig hält, geht diese Immunität verloren. Bis jetzt wissen wir allerdings noch nicht, in welcher Weise der Organismus durch die Fieberreaction geschützt wird. Nach Ehrlich ist die erhöhte Oxydation in den Geweben zur Zeit des Fiebers im Stande gewisse Toxine zu zerstören, die bei normaler Temperatur unverändert bleiben. Vielleicht wird auch die Activität der Zellen, die Antitoxine produciren oder als Phagocyten wirken erhöht. Wie steht es nun mit dem Fieber, das nicht durch Mikroorganismen sondern durch Störungen im Nervensystem hervorgerufen wird. Bei Erkrankungen oder Verletzungen des oberen Rückenmarkabschnittes beruht es auf einer Einwirkung des Wärmeregulirungscentrums. Solch ein Fieber bringt dem Organismus natürlich keinen Gewinn, es ist ein pathologisches Fieber. Schon das Nebeneinandergehen von Entzündung und Fieber weist darauf hin, dass letzteres ebenso wie zweifellos erstere zu den Defensivvorrichtungen des Körpers zu rechnen ist. Die Ernährungsvorgänge sind stets den Schutzvorrichtungen subordinirt, wo das Wohl des Organismus als Ganzes dieses erfordert. Schutzvorrichtungen finden wir auch sonst im Thierreich. Schon die Amöbe zeigt in den Reactionen ihres Protoplasmas ausser Ernährungsfunctionen Defensivvorrichtungen. Auch bei den Wirbellosen sind letztere nicht weniger entwickelt als erstere. Phagocytose und eosinophile Zellen kommen nach Lim Boon Keng schon beim Regenwurm vor. Auch bei den Vertebraten sind die Defensivvorrichtungen gleichwerthig denen der Ernährung und Reproduction. Die Schutzvorrichtungen haben auch ihre Pathologie. So bringt der Schmerz der Neuralgie, die Contraction der Bronchialmuskulatur bei Asthma, das Erbrechen der Schwangeren etc. dem Organismus keinerlei Nutzen. Es scheint, dass je höher organisirt ein Organismus ist desto leichter gerathen die Schutzvorrichtungen in Unordnung.

Natürlich bleiben die eben auseinandergesetzten Anschauungen nicht ohne Einfluss auf die Therapie. Ein Arzt, der eine der Erscheinungen der Schutzvorrichtungen des Organismus bekämpft, gleicht einem Spieler der seines Partners beste Karte übertrumpft. Zum Schluss die Bemerkung, dass ich in meinen Ausführungen keine scharfe Grenze zwischen Pathologie gezogen habe, da ich der Meinung Virchows bin: Pathologie ist Physiologie.

W. Beckmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Hermann Lenhartz (Professor): Mikroskopie und Chemie am Krankenbett. Leitfaden bei der klinischen Untersuchung und Diagnose. Mit zahlreichen in den Text gedruckten Abbildungen und drei lithographirten Tafeln. Berlin. Verlag von Julius Springer 1893. Preis 8 Mark.

In klarer, übersichtlicher, durch zahlreiche Abbildungen unterstützter Darstellung findet hier der Leser die klinisch-mikroskopischen und chemischen Untersuchungsmethoden nebst deren diagnostischer Verwerthung in der Praxis abgehandelt; in der Beschreibung schliesst sich Verf. eng an die Specialkurse an, welche er auf der Leipziger Klinik seit mehreren Jahren geleitet hat, verfolgt somit rein praktische Zwecke. Bei der Darstellung der einzelnen Methoden erkennt man leicht, dass Verf. aus eigener, reicher Erfahrung spricht und strenge Kritik übt; diagnostisch werthlose oder gar unsichere Untersuchungen übergeht Verf. mit Schweigen, was jedoch der Vollständigkeit und dem Verständnisse nicht den geringsten Abbruch thut. Eine kurze Einleitung führt den Leser in den Gebrauch des Mikroskopes ein und beschreibt die zur klinischen Mikroskopie erforderlichen Utensilien. Der ganze reichhaltige Stoff wird dann in 6 Capiteln abgehandelt: die pflanzlichen und thierischen Parasiten, die Untersuchung des Blutes bei Gesunden und Kranken, Untersuchung des Auswurfs und Mundhöhlensecrets, der Magen-Darm-Entleerungen, des Harns und der Punctionsflüssigkeiten. Ueberall wird zunächst die makroskopische und dann erst die mikroskopische Beschaffenheit des Untersuchungsmaterials erörtert, beim Harn natürlich auch seine chemischen Eigenschaften. Besonders wohlgelungen erscheint uns das Capitel über die Methoden der Blutuntersuchung; die in neuerer Zeit immer mehr zur Würdigung gelangenden farbenanalytischen Forschungen Ehrlich's und seiner Schüler finden gebührende Berücksichtigung; die verschiedenen Befunde bei Leukaemie, perniciöser Anaemie etc. sind ebenfalls recht übersichtlich und klar geschildert. Auch die Harnuntersuchungen haben ausführlich Bearbeitung erfahren, so dass man kaum etwas auszusetzen hätte. Wir können somit das Lenhartz'sche Buch auf's wärmste empfehlen.

Abelmann.

A. Dührssen: Gynäkologisches Vademecum für Studirende und Aerzte. Berlin. Verlag von S. Karger. 1893.

Das gynäkologische Vademecum liegt uns in dritter vermehrter Auflage vor, ein Zeichen, dass es Eingang gefunden. Verf. hat sich, geleitet von praktischen Gesichtspunkten, auf theoretische Discussionen nicht verbreitet, sondern soweit es der kurz bemessene Raum gestattet, das praktisch Wichtige ins Auge gefasst. Die Vorbereitungen zur Operation, Desinfection und Anordnung der Assistenz bei den einzelnen Operationen ist mit grösserer Ausführlichkeit behandelt worden. Von den Operationen sind die wichtigsten in Frage kommenden Methoden, speciell die an der Gusserow'schen Klinik gebräuchlichen, besprochen.

Das Büchlein kann zur Anschaffung empfohlen werden.

Lingen.

Tappeiner: Ueber die Entwicklung und die Aufgaben der Pharmakologie. München 1893. Verlag v. Lehman.

Bei Gelegenheit des neu erbauten pharmakologischen Institutes in München wählte Verf. obiges Thema zum Gegenstande

eines Vortrages. In kurzen Umrissen wird die geschichtliche Entwickelung der Pharmakologie skizzirt, es wird auf die Zeiten hingewiesen, wo die Arzneimittellehre allerlei mystischen Vorstellungen unterworfen, in der Hand der Priester lag, darauf nach langem Stillstand einen Aufschwung nahm, als die anderen Disciplinen, die Physiologie und Chemie sich zu entwickeln und zu vertiefen anfingen. Wesentlich gefördert wurde dieser Zweig der Wissenschaft in neuester Zeit durch die Chemie, die uns lehrte, die wirksamen Bestandtheile zu isoliren und deren Wirkung durch das Experiment zu prüfen.

Lingen.

Dr. Rudolf Haug: Die Krankheiten des Ohres in ihrer Beziehung zu den Allgemeinerkrankungen. Für praktische Aerzte und Studirende. Mit 3 Figuren im Text und 102 farbigen Trommelfellbildern (Orig.). Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg. 1893.

Das vorliegende Werk entspricht einem wirklichen Bedürfniss der ärztlichen Praxis. Trotz der zahlreichen neuerdings erschienenen Lehrbücher der Ohrenheilkunde, die mehr für den Specialisten, als für den allgemeinen Praktiker angepasst sind, fehlte es doch an einem Werk, in welchem die einzelnen Erkrankungen des Ohres in Beziehung und Abhängigkeit von den Allgemein- und Organerkrankungen geschildert werden. Verf. hat sich nun der Mühe unterzogen, diese Lücke in der medicinischen Literatur auszufüllen. In klarer und übersichtlicher Weise führt er die Affectionen des Ohres vor, wie sie bei den verschiedenen Infectious- und Organkrankheiten auftreten und verlaufen, schildert die Rückwirkung, welche sie auf den Organismus local und allgemein auszuüben vermögen. Nachdem in kurzen einleitenden Worten die Wege, auf denen die Erkrankungen des Ohres zu erfolgen pflegen, berücksichtigt worden sind, geht Verf. zu dem eigentlichen Thema über. Wir wollen hier nicht in die Details des Inhaltes eingehen und beschränken uns darauf einzelne wichtige Capitel besonders hervorzuheben, so z. B. die Ohrerkrankungen bei Influenza, wobei Verf. ein überaus klares Bild der verschiedenen Verlaufsweisen der gar zu oft gefährlichen und heimtückischen Infectionen des Ohres entwirft. Meisterhaft sind auch die Ohraffectionen bei Scharlach geschildert. Verf. giebt zunächst statistische Daten über die Häufigkeit der Mitbetheiligung der Ohren beim Scharlach und bespricht alsdann die verschiedenen Formen der scarlatinösen Ohrerkrankungen, die das aeussere, mittlere und innere Ohr betreffen. Bei den eigentlichen Scharlachotitiden hält Verf. zwei Formen streng auseinander: die leichtere, postexanthematische und die schwerere und schwerste Form, die pro- und enexanthematische. Die Schilderung ist dabei eine so klare, dass der Nichtspecialist sich sehr leicht orientiren kann. Eingehende Berücksichtigung erfahren ferner die Ohraffectionen bei chronischen Infectionskrankheiten, bei Ernährungsstörungen (Diabetes, Arthritis, Rachitis, Chlorose etc.), bei Krankheiten des Urogenitalapparates, des Nervensystems, der Haut. In einem besonderen Capitel bespricht Verf. die bei Intoxicationen auftretenden pathologischen Erscheinungen am Ohr. Endlich, als Anhang finden wir ein überaus interessantes Gebiet bearbeitet, nämlich die vom primär afficirten Ohr aus angeregten Allgemein- und Organleiden. Wenn schon eine Massenansammlung von Cerumen im äusseren Ohr, oder gar das Hineingelangen von Fremdkörpern im Stande sind die verschiedensten und eigenartigsten Symptome auftreten zu lassen (geistige und psychische Depression, Aufregungszustände, starke Reizerscheinungen), so muss es durchaus einleuchtend sein, dass die verschiedenen Erkrankungen des Ohres einen rückwirkenden Einfluss auf den Organismus ausüben können; ferner kann eine directe Infection verschiedener Organe, namentlich des Gehirns von dem erkrankten Ohre aus erfolgen. Die wichtigsten und häufigsten secundär inducirten Erkrankungen finden wir in diesem letzten Capitel beleuchtet. Wenn wir noch das dem Werke beigefügte Literaturverzeichniss hervorheben und die zahlreichen prächtigen Trommelfellbilder, die die wichtigsten Krankheitsformen direct veranschaulichen und zur leichteren Beherrschung derselben dienen, so wird es dem Leser wohl klar werden, wie reichhaltig und lehrreich der Inhalt des Haug'schen Werkes ist. Die Ausstattung ist eine vortreffliche.

Abelmann.

Auszug aus den Protokollen

des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 8. März 1892.

1. Prof. Bidder berichtet über einen Fall von Vaginaefixatio uteri aus seiner Praxis. Die 48jährige Patientin, die 6 Kinder geboren hat, wird wegen Descensus vaginae und Descensus et Retroflexio uteri seit 7 Jahren mit Ringen behandelt. Da sie auf dem Lande lebt, wo kein sachverständiger Arzt sie unter Controlle halten kann, muss radical vorgegangen werden. Die Senkung der Vaginalwände erfordert Colporrhaphia anterior et posterior mit Perineoplastik, daran soll dann die Vaginaefixation geschlossen werden. B. ging folgendermaassen vor: der bewegliche wenn auch grosse Uterus konnte gut vorgezogen werden; der ovale Lappen von der vorderen Wand der Vagina wurde an der Vaginalportion etwas breiter zugeschnitten und abpräparirt; darnach liess sich die Blase leicht von der vorderen Fläche des Uterus trennen und in die Höhe schieben. Jetzt wurden durch die vordere Wand des Uterus vier Nähte successive immer höher als Zügel angelegt, bis der Uterus nach vorn kam; dieselben Fäden wurden dann durch die Ränder der Vaginalanfrischung durchgeführt und geknüpft; oberhalb und unterhalb waren noch ein Paar oberflächliche, den Uterus nicht mitfassende Nähte nothwendig. Nach der Reposition lag der Uterus anteflectirt dem vorderen Scheidengewölbe an. Es war also eine etwas modificirte Mackenrodt'sche Operation gemacht worden. Endlich wurde noch eine Perineoplastik nach Simon-Hegar angeschlossen. — In den ersten beiden Tagen litt Patientin sehr an Würgen und Erbrechen (Chloroform) und an ziemlich häufigem Harndrang. Weiterer Verlauf ganz glatt. Höchste Temp. 37,7 am Abend des 2. Tages. Am 7. Tage wurden die Dammnähte entfernt, am 10. alle Nähte mit Ausnahme der tiefen Uterinnähte, überall prima intentio. Die Uterusnähte blieben bis zum 22. Tage p. o. liegen; der Uterus ist rechtwinkelig anteflectirt und liegt überall dem vorderen Scheidengewölbe an; er behält diese Stellung bis zum 40. Tage, wo die Beobachtung wegen Abreise der Pat. geschlossen wurde. Alle vom Descensus und von der Retroflexio abhängigen Beschwerden sind vorläufig ganz geschwunden. (Autorreferat).

2. Prof. Bidder. Ein Fall von Pelvis plana rhachitica. Symphyseotomie. Forceps. Vorläufige Mittheilung. I para 18 J. alt, am Ende der Schwangerschaft, mit plattem rhachitischen Becken und auf $7^1/_2$ Cm. geschätzter Conj. diagonalis kreisst vom 2. bis zum 7. März. Die bald regelmässigen, bald krampfhaften, bald ganz aussetzenden Wehen erweiterten den Muttermund auf ca. 4 Fingerbreiten. Endlich am 7. März Morgens ging das Fruchtwasser ab und der Kopf stellte sich quer auf den Beckeneingang, fixirte sich daselbst, zeigte aber auch in den nächsten Stunden gar keine Neigung ins Becken zu treten. Unterdessen war die Temperatur gestiegen und in dem Ausfluss Eiterflocken bemerkbar, der Fötalherzschlag aber laut und kräftig. Die Entbindung war dringend indicirt, als Modus wurde die Symphyseotomie gewählt. Der Schnitt wurde von $1^1/_2$—2 Cm. oberhalb der Symphyse bis 1 Cm. oberhalb des Präputium clitoridis angelegt, und nach Spaltung der Fascie der Symphysenknorpel gesucht, was erst das zweite Mal gelang. Mit geknöpftem Sichelmesser wurde dann die Symphyse unter Leitung des zuerst von oben, dann von unten, per vaginam, controlirenden Fingers leicht getrennt, worauf die Knochenenden auf c. $1^1/_2$ Cm. auseinander wichen. Nach Tamponirung der Wunde mit Jodoformmarly wurde nun die Busch'sche Zange angelegt in den Querdurchmesser des Beckens und unter ziemlicher Kraftanstrengung der Kopf extrahirt, der von der Zange über Stirn und Hinterhaupt gefasst war und auch quer austrat. Der Damm blieb fest, an der Innenfläche der linken kleinen Labie nahe der Clitoris entstand aber ein langer Querriss, der später durch 4 Nähte geschlossen wurde. Während des Durchganges des Kopfes waren die Schnittflächen der Symphyse bis auf $5^1/_2$ Cm. auseinander gegangen. Krachen wurde nirgends gehört. — Das Kind war ein leicht asphyktischer, sehr bald wiederbelebter Knabe von 2820 Grm. Gewicht, 48 Cm. Länge. Nach Entfernung des Tampons blutete es etwas aus der Tiefe; eine an den linken Schenkel des corpus cavernosum angelegte Naht stillte die Blutung. Die äussere Wunde wurde so vernäht, dass 6 tiefe Nähte das Periost mitfassten und zwischen ihnen 5 oberflächliche Platz fanden. Ein straff angezogener Marlyverband näherte die Knochenenden bis auf $^1/_2$ Cm.

Am ersten und zweiten Tage p. p. klagt Pat. über [illegible] fühlt sich wie eine gesunde Wöchnerin. — Ueber den weiteren Verlauf, der vollen Erfolg ergab, wird später berichtet werden.

(Autorreferat).

3. Dr. Koch verliest eine zur Veröffentlichung im Journal für Kinderkrankheiten bestimmte Abhandlung «Ueber Choleraexanthem bei Kindern». Er hat dasselbe unter 49 Kindern, die er im Nicolai-Kinderhospital im Herbste 1892 an Cholera asiatica behandelt hat und die im Alter zwischen 2 bis 13 Jahren standen, drei Mal beobachtet, und zwar nur im Reactionsstadium und im Stadium typhoideum. Alle drei Kinder genasen. Sie betrafen ein 4 jähriges Mädchen, einen schweren Cholerafall, und zwei 7 jährige Knaben, die K. zu den mittelschweren Cholerafällen rechnet. Die Grundform des Choleraexanthems ist nach Koch's Beobachtungen ein meist lebhaft rothes maculo-papulöses Exanthem, das im Gesicht und hinter den Ohren zuerst auftritt und sich über den ganzen

Körper verbreiten kann. Hierzu gesellt sich ein Erythem, das stellenweise an Urticaria erinnert. Das Choleraexanthem bei Kindern sieht im Anfange täuschend ähnlich einem Masernfalle aus; es fehlen nur der Schnupfen, Husten und die Papeln und die Hyperämie der Schleimhaut am harten und weichen Gaumen, um den Fall für einen klassischen Masernfall zu halten. Ein schleimig-eitriger Conjunctivalcatarrh, der fast bei jedem Cholerapatienten im Stadium typhoideum angetroffen wird und auf den mangelnden Lidschlag dieser bekanntlich tagelang mit halbgeschlossenen Augenlidern daliegenden Kranken zurückzuführen ist, besteht immer schon früher, und hat das Exanthem keinen Einfluss auf denselben. Sind die Papeln und Macula beim Choleraexanthem abgeblasst, so hinterlassen sie auf der Haut sehr ähnliche Pigmentflecken, wie nach Masern. Dass acute Exantheme auch bei Cholerakranken vorkommen können, hat Dr. Koch in der letzten Epidemie gleichfalls zu beobachten Gelegenheit gehabt. Ein 12-jähriger Knabe erkrankte im Stadium typhoideum an Masern. Exanthem und Verlauf der Masern wichen nicht vom gewöhnlichen klinischen Bilde ab. Der Kranke genass gleichfalls.

Dr. Kernig findet das häufige Auftreten des Choleraexanthems bei Kindern bemerkenswerth. Er hat dasselbe bei Erwachsenen nur ein Mal unter 180 von ihm behandelten Cholerafällen beobachtet und zwar nicht im Typhoid, sondern im Reactionsstadium am 3., 4., 5. Tage nach Eintritt des Anfalls und doch glaubt er, dass es von der Nephritis herrührt, da er solche Exantheme auch sonst an Nephritikern und Uraemischen wahrgenommen hat.

4. Dr. Th. v. Schroeder referirt, im Anschluss an seine Krankendemonstration in der Sitzung am 5. Januar a. c., über einen kürzlich von ihm beobachteten Fall von Lähmung der associirten Bewegung der Augen nach oben und nach unten mit gleichzeitiger Lähmung des Centrums der Divergenzbewegung.

Nikolai Nikolajew, 29 J. alt, Schreiber, hat 1884 Syphilis acquirirt, die sich in den folgenden Jahren durch verschiedene secundäre und tertiäre Symptome manifestirte und wiederholte Curen mit Unguent. cinereum, subcutanen Hg-Injectionen (2 Mal) und Kalium jodatum nöthig machte; letzteres nur in sehr geringer Menge gebraucht. Zuletzt 1889 tiefes Hautgeschwür an der linken Handwurzel und Geschwulst (Gumma?) der Haut am linken Oberarm; letztere nach langer Behandlung schliesslich exstirpirt. Später keine Erscheinungen von Syphilis mehr. An anderen Allgemeinkrankheiten hat Pat. nicht gelitten, auch stets gesunde Augen gehabt und gut gesehen. Dem Alkohol hat er zeitweise stark zugesprochen.

Am 6. Februar a. c. Morgens, nach reichlichem Alkoholgenuss am Abend vorher, konnte Pat. nicht mehr ruhig stehn und gerade gehn, sondern taumelte hin und her; gleichzeitig bemerkte er, dass er alle Gegenstände doppelt sah. Er schob es auf die Nachwirkung des Trinkens und suchte den Zustand durch den Genuss einiger Schnäpse zu bessern, was ihm aber nicht gelang. Kopfschmerzen waren nicht vorhanden wohl aber Schwindel. In den folgenden Tagen besserte sich das Taumeln, doch blieb das Gehen unsicher. Das Doppeltsehen bestand unverändert fort.

Die Untersuchung am 8. Februar ergab: Anaemie; schlechter Ernährungszustand. Am linken Handgelenk Geschwürsnarbe, am Oberarm Schnittnarbe der erwähnten Operation; sonst keine Zeichen mehr von Syphilis. Der rechte Händedruck etwas schwächer als links. Die Sehnenreflexe aller Extremitäten erhöht. An den Körperorganen nichts besonders Abnormes. Mit Ausnahme der gleich zu erwähnenden Augenmuskelnerven sind alle Gehirnnerven normal. Der Gang des Pat. ist jetzt recht gut, doch macht sich ein leichtes Schwanken geltend. Auf beiden Beinen steht Pat. auch mit geschlossenen Augen gut, auf einem Bein aber kann er nicht stehn, taumelt hin und her und geräth ins Fallen.

An den Augen äusserlich nichts Abnormes. Lidbewegung frei. Die Augen stehen etwas convergent. Ihre Bewegung nach oben ist vollkommen aufgehoben, die nach unten bedeutend beschränkt, die nach beiden Seiten vollkommen frei; alle Bewegungen auf beiden Augen gleich. Beim Versuch nach oben zu sehen tritt nach Erreichung der Horizontalen nur eine kurzdauernde zitternde seitliche Bewegung ein; ebenso nach Erreichung der Beweglichkeitsgrenze unten. Die Convergenz ist gut, ihr Maximum in ca. 5 Cm.

Im Abstande von ca. 10 Cm. von den Augen beginnt in der Mittellinie gleichnamige Diplopie; der Abstand der in gleicher Höhe stehenden, geraden Doppelbilder wächst mit der Entfernung von den Augen; in einer bestimmten Entfernung, z. B. 1,5 M., bleibt der Abstand der Doppelbilder bei Bewegung des Objectes nach allen Richtungen unverändert derselbe. In keiner Richtung tritt Schiefheit eines Bildes auf. Bei Vorhalten eines Prisma von 10° Basis nach aussen verschwindet die Diplopie und tritt in keiner Entfernung und Bewegungsrichtung des Objectes mehr auf. Ebenso schwindet sie bei Annäherung des Objectes auf 10 Cm. und ist auch hier, sowie näher zu den Augen, in keiner Richtung mehr vorhanden. Das gleiche Verhalten findet statt bei Vorsetzen eines rothen Glases vor ein Auge.

Beiderseits Myopie 1,5 D.; Visus rechts 0,7 links 0,6. Gesichtsfeld normal. Augenhintergrund normal. Bei schwacher Beleuchtung ist die rechte Pupille 2,5 Mm. die linke 3,0 Mm. weit; letztere nicht ganz rund. Auf Licht und Convergenz reagiren beide Pupillen kaum merklich.

Pat. hat sich später nicht mehr gezeigt.

S. macht darauf aufmerksam, dass die in diesem Falle bestehende Diplopie scheinbar gegen eine Associationslähmung spricht und die Diagnose erschwert; denn bei Lähmung des Centrums der associirten Bewegung muss der Bewegungsausfall auf beiden Augen der gleiche sein und kann somit keine Diplopie entstehen. Erst die Erkenntniss, dass hier gleichzeitig eine Divergenzlähmung besteht und dass die vorhandene Diplopie lediglich von ihr abhängig ist, lässt die Diagnose der Associationslähmung mit Sicherheit stellen. Auf die Divergenzlähmung weist bei der Untersuchung von vorneherein der in gegebenem Abstande vom Auge sich in allen Richtungen gleichbleibende Abstand der Doppelbilder von einander und das vollständige Aufhören der Diplopie im Abstande von 10 Cm. und näher von den Augen; der Beweis für das Vorhandensein einer Divergenzlähmung und für die Abhängigkeit der Diplopie von ihr allein ist dadurch erbracht, dass diese bei Vorhalten eines stärkeren Prisma mit der Basis nach aussen sofort für jeden Abstand und jede Richtung vollständig verschwindet. Es bleibt nur fraglich, ob es sich um eine Divergenzlähmung oder einen Convergenzkrampf handelt, da letzterer die gleichen Symptome macht; für diesen liesse sich die relative Enge der Pupillen geltend machen, für jene dagegen spricht, dass bei Divergenzlähmung die Pupillen nicht erweitert zu sein brauchen und dass auch die übrigen an den Augen bestehenden Bewegungsstörungen auf Lähmung cerebraler Centren beruhen.

Aus der Art der Lähmung und dem Taumeln beim Gehen liesse sich mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit die Localisationsdiagnose machen und eine Affection der Vierhügel annehmen (cf. Nothnagel, topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten) und zwar spricht diese Lähmung mehr für Affection der hinteren Vierhügel. Die Ursache der Vierhügelerkrankung ist wohl in einer syphilitischen Entzündung der Arteria basilaris zu suchen. (Autorreferat).

D. z. Director: Dr. C. v. Lingen.
Secretär: Dr. Jalan de la Croix.

Vermischtes.

— An Stelle des verstorbenen Professor Kundrat ist der ausserordentliche Professor A. Weichselbaum für den Lehrstuhl der pathologischen Anatomie in Wien ernannt.

— Die Privatdocenten der Berliner Universität von Norden und Oppenheim sind zu Professoren ernannt.

— In Hamburg ist ein hygienisches Institut begründet worden, dessen Leitung Dr. Dunbar, früher Assistent von Prof. Gaffky am hygienischen Universitäts-Laboratorium in Giessen übernommen hat.

— Vom 16.—18. August dieses Jahres findet in Haag der IV. internationale Congress gegen den Missbrauch geistiger Getränke, statt. Staatsminister J. Heemskerk hat das Präsidium des Organisationscomités übernommen. Zum Vortrage kommen: «Ueber Alkohol in Beziehung zur Physiologie und Hygiene», «Die auf die freie Entschliessung des Menschen wirkenden Mittel», «Die Zwangsmittel zur Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs».

— Der vom College of Physicians of Philadelphia zu vertheilende Preis zum Andenken an William F. Jenks, im Betrage von 500 Dollar kommt im Jahre 1895 zum dritten Mal zur Vertheilung. Das Thema für die Preisarbeit lautet diesmal «Die Kindersterblichkeit während der Geburt und ihre Verhütung». Die Arbeiten müssen in englischer Sprache abgefasst, oder von einer englischen Uebersetzung begleitet sein und dürfen nur einen Verfasser haben; sie sind mit beigeschlossener Adresse des Verfassers bis zum 1. Januar 1895 an das College of Physicians of Philadelphia, Pennsylvania, U. S. A. auf den Namen von Horace Y Evans zu adressiren. Nicht prämiirte Arbeiten werden auf Reclamation innerhalb eines Jahres zurückgeschickt.

— Nach den letzten officiellen Nachrichten ist der Stand der Cholera in Russland folgender: In Podolien erkrankten vom

vom 1.—14. August 1229 Personen, starben 604, im Gouvernement Kursk vom 1.—7. August 493 (181), im Gouvernement Orel vom 8.—14. August 689 (243), im Gouv. Kiew vom 8.—14. August 740 (284), Tula vom 8.—14. August 358 (100), Kasan vom 1.-7. August 390 (104), Wladimir vom 8.—14, August 337 (116), Charkow vom 8.—14. August 182 (87), Chersson vom 10.——17. Aug. 185 (103), im Gebiet der Donischen Kosaken vom 11.—17. August 304 (159), Lomsha vom 8.—14. August 106 (64), Wolhynien vom 1.—7. Aug. 124 (49), Stadt Moskau vom 11.—18. August 210 (115), Gouv. Moskau vom 8.—14. August 174 (53), Poltawa vom 8.—14. August 283 (127), Minsk vom 8.—14. August 232 (101), Grodno vom 8.—14. August 187 (59), Wjatka vom 8.—14. August 148 (80), Jarosslaw vom 8.—14. August 125 (64), Kalisch vom 8.-14. August 114 (61), Kuban-Gebiet vom 11.—17. August 99 (60), Tschernigow vom 8.—14. August 85 (39), Ssimbirsk vom 8.—14. August 57 (32), Ssamara vom 8.—14. August 64 (25), Bessarabien vom 8.—14. August 34 (17), Kostroma vom 8.—14. August 58 28), Jekaterinosslaw vom 8.—14. August 72 (27), Ssaratow vom 1.—14. August 85 (30), Stadt Kertsch vom 13.—22. Aug. 61 (35), Stadt Sewastopol vom 8.—14. Aug. 22 (12), Gouv. Kutais vom 1.—7. August 21 (7), Tobolsk vom 1.—7. August 13 (3), Kaluga vom 8.—14. August. 20 (6), Perm vom 1.—7. August 9 (5), Ufa vom 1.—14. August 12 (6), Tambow vom 8.—14. August 6 (4), Terek-Gebiet vom 6.—9. August 2 (1).

— In St. Petersburg waren vom 19.—24. August 73 Erkrankungs- und 21 Todesfälle.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 22. August d. J. 5474 (3 weniger als in der Vorwoche), darunter 327 Typhus — (23 mehr), 533 Syphilis — (2 mehr) 32 Scharlach (3 weniger), 8 Diphtherie — (3 weniger), 10 Masern — (5 weniger), 14 Pocken — (4 weniger) und 29 Cholerakranke.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 15 bis 21 August 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
286	211	497	121	37	72	7	3	18	47	54	41	30	37	23	7	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 8, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 4, Scharlach 4, Diphtherie 5, Croup 2, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 7, Erysipelas 7, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 27, Ruhr 12, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 65, Tuberculose anderer Organe 12, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 42, Marasmus senilis 23, Krankheiten des Verdauungscanals 103, Todtgeborene 24.

Дозв. ценз. Спб. 27 Авг. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 36 St. Petersburg, 4. (16.) September 1893

Geburtshülfliche Operationen in der Landpraxis.

Von
Eduard Krüger.
Mitau.

Audiatur et altera pars.

Wohl ein jeder praktische Arzt, zumeist aber gewiss der Landarzt, wird an sich erfahren haben, dass er, — was oft genug in scheinbar sehr paradoxer Weise gesagt worden ist, — in der Praxis zunächst gar Manches vergessen muss von dem, was er frisch von der Universitätsklinik her an Erlerntem mitbringt. Eines schickt sich eben nicht für Alle und was auf der Klinik geschehen kann und soll, das kann man nicht ohne Weiteres ins Praktische übersetzen, so sehr man auch den guten Willen dazu haben möchte, alle die Verba magistri nutzbar zu machen. Der Arzt, der gerade von der Universität kommt, ist immer ein Heisssporn, sieht immer etwas mitleidig herab auf die älteren Collegen, die es ja in dem «Neuesten» nicht so herrlich weit gebracht haben können, er will immer reformiren und kämpfen gegen alle sich ihm entgegenstellenden Hindernisse und Vorurtheile, um das, was er für das allein Richtige hält und halten muss, zur That zu machen.

Aber — wie himmelweit verschieden sind die Verhältnisse in den aufs Beste nach den jeweiligen Anforderungen der Wissenschaft eingerichteten Universitätskliniken von den Zuständen, denen wir in der Praxis namentlich auf dem flachen Lande gegenüberstehen! Ganz besonders gilt Solches für die Chirurgie, also auch für die operative Geburtshülfe, zu welcher letzteren grade der Landarzt gezwungen ist. Er muss Geburtshelfer sein, und mit was für spröden Factoren muss er da rechnen! Einmal stösst er bei der Frauenwelt — und durchaus nicht nur bei der bäuerlichen — auf viel unvernünftiges Widerstreben gegen das Untersuchen, was sich ganz besonders auf gynäkologischem Gebiete geltend macht. Wenn eine Frau sich dazu entschliesst, Hülfe in der Klinik für ihr Leiden zu suchen, so weiss sie von vornherein, dass sie dort untersucht werden wird und sie sträubt sich also nicht dagegen. Darum weiss auch der Kliniker nicht, wie viel Widerhaarigkeit der Arzt in der Privatpraxis zu überwinden hat, wenn er einer Frau eine interne Exploration vorschlagen muss. Und doch sind solche Frauen, und zwar grade, wenn sie den sogenannten «besseren» Ständen angehören, sehr leicht damit bei der Hand, dem betreffenden Arzt die Schuld für eine unterlassene Untersuchung in die Schuhe zu schieben, wenn sie erst einen Specialisten aufgesucht haben. Jener Arzt hat dann ihr Leiden «nicht zur Zeit erkannt» und hat sie «falsch behandelt» — einpaar kritik- und gedankenlos, oder gelegentlich auch in der Absicht zu schaden, gesprochene oder nachgesprochene Worte, die schon manchem ehrlichen Manne die Ehre abgeschnitten haben. Es ist überhaupt ein nicht zu unterschätzendes Uebel, das sich in neuerer Zeit breit macht, das thörichte Mitsprechen von Laien über medicinische Dinge. Sie hat schon viel Unheil gestiftet die Unsitte, dass «die Thüren zu dem Heiligthum der Wissenschaft erbrochen sind und der Pöbel hereingelassen ist», wie Lessing das ausdrückt.

Ein directer Feind der praktischen Aerzte und ein um so schlimmerer, als er gar nicht zugiebt, es zu sein, ist das Uebermaass des Cultivirens von Specialfächern ausserhalb der Universitäten, — denn dort gehören sie hin. Erfreulicher Weise macht sich freilich in jüngster Zeit eine theilweise Reaction dagegen geltend. Es war aber auch Zeit, zur Besinnung zu kommen, denn «der modern gewordene Geist des Specialistenthums ist ein unseliger zu nennen und führt auf geradestem Wege zur Verflachung der Wissenschaft: die ausschliessliche Beschäftigung mit Specialitäten drängt das Allgemeine, das Ideale naturgemäss mehr und mehr zurück und die Leistungen der einzelnen Arbeiter werden immer handwerksmässiger und mechanischer.» Diese kräftigen Worte fand ich unlängst in einem Fachjournal und in der That: wir gerathen durch das ins Kraut schiessen des Specialistenthums allmählich auf den verbohrten Standpunkt des im eigentlichen Handwerk überwundenen Zunftzwangs. Es

ist gewiss betrüblich und beschämend und für die Wissenschaft sowohl wie für das Ansehen des ärztlichen Standes so unerspriesslich wie möglich, wenn man es jetzt so häufig erfahren muss, wie in der grossen Stadt ein Kranker von einem Specialisten zum andern gehetzt wird, indem jeder sich für seine Nichtspecialität das Testimonium paupertatis ausstellt, grade so, wie früher extra ein Schneider keinen Pelz machte, oder der Schuster keine Pelzstiefel. Uebrigens ist es kein Geringerer als Rudolf Virchow, der sich mit der Frage: «wie ist die Einheit der Wissenschaft zu erhalten» gegen das Ueberhand nehmende Specialistenthum wendet. Er sagt an einer Stelle: «Routine und Virtuosität kann den Mangel an principiellen Gesichtspunkten nimmer ersetzen» und weiter: «der zunehmende Specialismus mit seinen immer zuversichtlicher auftretenden Ansprüchen an Selbstherrschaft in eng zugeschnittenen Gebieten ist ein wichtiger Bundesgenosse auf dem Feldzuge gegen die allgemeine Bildung der Aerzte», welcher jetzt leider unternommen und an manchen Orten so weit vorgeschritten ist, dass gar von der Schaffung von Doctoren der Ophthalmologie, Gynäkologie, Laryngoskopie und wer weiss welcher «Logieen» und «Skopieen» sonst noch geredet wird, während der Dr. med. aus der Welt geschafft werden soll. «Doch das wird wieder überwunden werden», fügt Virchow tröstend hinzu, denn die Häufung der Specialisten kann nicht ins Unendliche fortgesetzt werden».

Ein weiteres schweres Uebel, welches den Landarzt vielfach in erspriesslicher Thätigkeit lähmt, besteht in den meist so höchst mangelhaften hygienischen Zuständen bei dem Landvolke, ja man stösst nicht selten auf gänzlichen Mangel an Verständniss für auch nur elementare Anforderungen in Bezug auf Hygiene, und die Antiseptik, die «leuchtende Sonne», wie sie schön poetisch auf dem Hebammencongress zu Berlin benannt worden ist, scheint nicht in die dumpfen Bauernstuben hinein.

Wenn ein klinischer Professor nur einmal in die Lage käme, in einer schmierigen Gesindestube, wo man im Winter beispielsweise im Bette der Kranken fast constant eine brütende Henne findet oder auch eine schon fertige glückliche Hühnerfamilie, oder aber, was mir passirt ist, bei 22 Grad Kälte im Viehstall bei einer Frau, die sich dorthin geflüchtet hatte, weil es im Hause zu kalt war, die Zange appliciren zu müssen (ad marginem gesagt, die Frau verliess am dritten Tage gesund das Wochenbett) — der gelehrte Herr thäte dann gewiss seine Rathschläge modificiren und müsste seufzend eingestehen, dass eben reale Verhältnisse zwingender sind als der beste Wille, sich ihnen entgegenzustemmen. Wie leichten Herzens manch' Einer Lehren vom Schreibtisch aus zu geben weiss, die den Stempel des Unpraktischen an der Stirn tragen, dafür nur ein Beispiel aus der neuesten Zeit: Ein Geburtshelfer chloroformirt bei Zangenoperationen grundsätzlich immer, auch wenn er allein ist. Da er aber dabei Asphyxie erlebt hat, so giebt er den guten Rath: «nur immer das Gesicht der Frau im Auge behalten». Man denke sich also nun die Situation: ich bin, wie fast in allen Fällen auf dem Lande, ohne Assistenz, ich muss allein alles Nöthige vorbereiten, soll die Zange appliciren, zugleich chloroformiren und bei alledem immer der Kreissenden ins Gesicht sehen! Den möchte ich kennen, der das wirklich fertig bringt.

Für unpraktisch muss ich leider auch halten, was auf dem vierten livländischen Aerztetage bei Gelegenheit der Discussion über die «Behandlung der normalen Geburt» in dieser Frage vorgebracht worden ist. Abgesehen davon, dass die Fragestellung selbst mir nicht correct zu sein scheint, weil eine «normale» Geburt ein an sich durchaus physiologischer Vorgang ist und darum gar nicht Object einer «Behandlung» zu sein braucht, so liegen die Dinge auf dem Lande immer noch so, dass nur in Ausnahmefällen der Arzt zu einer «normal» verlaufenden Geburt geholt wird. Wie also soll er in die Lage kommen, «Beckenmessungen vorzunehmen», für «zweckmässige Einrichtung des Kreisszimmers, Beschaffung der erforderlichen Pflegeapparate» zu sorgen, wo es doch bei den bei Weitem meisten Gebärenden auf dem Lande nur ein Zimmer überhaupt giebt, in dem noch dazu gewöhnlich mehrere Familien hausen und wie hausen! Was weiter gesagt wird über die Infection mit «von aussen in die Genitalien hineingelangten Mikroorganismen» und die Nothwendigkeit der «Vermeidung resp. Ausschliessung dieser bei der Leitung der Geburt», das ist ebenso interessant, wie die Angaben über die verschiedenen Möglichkeiten einer «Selbstinfection» mit den in der Scheide einer jeden Schwangeren und Gebärenden befindlichen pathogenen Mikroben, — aber für den Landarzt ist das Alles praktisch ebenso wenig verwerthbar, wie etwa die neuerdings so vielfach und auch auf demselben Aerztetage betonte «Unterlassung jeder vaginalen Manipulation resp. inneren Untersuchung.» Die Landärzte wissen es ja grade sehr genau, dass bei Weitem die meisten normalen Geburten trotz allen Fehlens von aseptischen Maassnahmen und bei oft staunenswerthem Ueberfluss von unhygienischem Verhalten ein ungestörtes Puerperium im Gefolge haben. Und dann: wenn der Arzt in der vorantiseptischen Zeit eingreifen musste, hatte er denn da gar keine Erfolge? Sogar sehr gute, und man hat sich dabei lediglich der nöthigen Sauberkeit befleissigt. Im Grunde genommen, thut ja die moderne Aseptik auch nicht mehr, nur verwendet man gegenwärtig eine Anzahl von chemischen Agentien, während es früher hiess: Wasser thut's freilich. «Die jungen Collegen thun grade so, als ob wir ältern allesammt Schmutzfinken gewesen sind», sagte mir ein alter College, als von dem weitschichtigen Apparat der modernsten Aseptik gesprochen wurde. Nein, das waren und das sind sie nicht und sie polemisiren auch durchaus nicht gegen die Anwendung der Aseptik überhaupt, wie behauptet worden ist, sondern nur gegen ein einseitiges auf die Spitze treiben von jeweilig modernen Anschauungen. Wie vieles ist schon auf den Plan getreten mit der Anmaassung, das «einzig Richtige» zu sein und in wie schneller Zeit hat dann oft genug ein solches «Neuestes» abgewirthschaftet. Man denke nur z. B. an den Carbolspray, die Koch'schen Tuberculinspritzereien e tutti quanti. Der praktische Arzt kann und darf sich auf ein Experimentiren mit unerprobtem «Neuestem» nicht einlassen und gar der Landarzt erst recht nicht. Erst das von den dazu berufenen klinischen Anstalten wirklich als bewährt Anerkannte, das kann und muss er sich zu eigen machen.

Aus dem Gesagten geht hervor, dass der Landarzt nur selten wird nach der Schablone und nach angelernten Schematen handeln können und am Wenigsten wird er immer lehrbuchmässig operiren können. Er kann sich ebenso wenig wie die Zeit, den Ort zur Operation wählen, er findet in den seltensten Fällen Assistenz, sogar geschulte Hebammen sind häufig nicht zur Stelle, und auch wenn sie da sind, so ist leider ein grosser Theil von ihnen nichts weniger als zuverlässig. Die hygienischen Verhältnisse sind gar oft so schauderhaft und zugleich so unverbesserlich, dass ein aseptisches Regime undenkbar ist, — und bei und trotz alledem muss operirt werden, denn der Zustand der Kranken heischt es und die Leute haben das doch gewiss berechtigte Verlangen, dass der Arzt ihnen helfe in ihren Nöthen, deswegen haben sie ja nach ihm geschickt.

Vor einiger Zeit fand ich in der Berliner klinischen Wochenschrift einen Aufsatz von H. Walther über «100 geburtshülfliche Operationen auf dem Lande».

Bei der Lectüre dieses Aufsatzes habe ich gefunden, dass ich in manchen Dingen mit Walther durchaus übereinstimme, in andern dagegen muss ich zu andern Schlüssen kommen. Dieses hat mich veranlasst, die ge-

burtshülflichen Operationen aus meiner Praxis, die zum grössten Theil Landpraxis war, an der Hand meines ziemlich sorgfältig geführten Journals zusammenzustellen. Die Resultate dieser Zusammenstellung sind in nachstehender Arbeit enthalten.

Vorausschicken muss ich, dass der Unterschied in der Thätigkeit eines Landarztes in Kurland und eines solchen in Baden, der Heimath Walthers, in einigen Beziehungen ein recht erheblicher sein dürfte und zwar hauptsächlich nach zwei Richtungen hin: einmal liegen wohl die räumlichen Verhältnisse günstiger für den Collegen im Badenschen, denn schwerlich handelt es sich dort im dicht bevölkerten Lande um so grosse Entfernungen, wie sie hier auf dem flachen Lande der Arzt oft zurückzulegen hat, um erst seine Patienten zu erreichen, und zweitens glaube ich annehmen zu können, dass auch das Niveau der Civilisation und Bildung des badischen Landvolks ein durchschnittlich höheres ist, als das unserer Letten. Solche Unterschiede fallen aber nicht wenig ins Gewicht bei einer Vergleichung und Beurtheilung der geleisteten Arbeit.

I.

Von allen geburtshülflichen Operationen kommt wohl in erster Reihe — für den Landarzt wenigstens ganz gewiss — die Application der Zange in Betracht.

In Bezug auf die Indication für die Zange gab es und giebt es Ansichten, die sich ziemlich schroff gegenüberstehen. Die Einen wollen unter der Aegide der Aseptik Alles und Alle operiren, die Andern, die Cunctatoren, wollen nur eingreifen, «wo die Natur vorhandene Regelwidrigkeiten nicht zu überwinden vermag». Wie meist bei solchen und ähnlichen Controversen, wird wohl auch hier die Wahrheit in der Mitte liegen, der Landarzt aber wird meist zu einer grösseren Activität gedrängt werden, als der College in der Stadt, auch wenn er nicht Alles auf die eine Karte «Aseptik» setzen will und wenn ihm auch Effecthascherei sehr fern liegt. Ich bin wenigstens im Laufe der Jahre zu der Ueberzeugung gelangt, dass durch zu viel Zögern mehr Unheil angerichtet werden könne, als Nutzen geschafft. Der Landarzt wird so sehr häufig zu solchen Gebärenden gerufen, bei denen schon ohnehin zu lange gewartet worden ist. Soll er nur dazu da sein, um die Zahl der Wartenden, die die Kreissende umstehen, umjammern, umtrösten, zu vermehren?

Vergegenwärtigen wir uns einen Fall, wie er dem Landarzt häufig genug zu Gesicht kommt: Er wird in einer Zeit, wo er viel beschäftigt ist, — und das ist der Landarzt eigentlich immer — wo also gar manche anderweitige schwer Kranke auf ihn sehnsüchtig warten, zu einer weit entfernt wohnenden Primipara gerufen; zwei oder drei Mal vierundzwanzig Stunden — manchmal aber auch noch mehr — liegt sie in Wehen; diese haben vielleicht schon aufgehört wegen des unzeitigen, also nutzlosen Mitdrängens, wozu die Arme von den alten Weibern stets stimulirt wird — mir klingt das so oft gehörte «dsennees, dsennees» («dräng' mit») noch vernehmlich in den Ohren —; oder aber die Frau windet sich unter der Qual tetanischer Uteruscontractionen, das Fruchtwasser ist schon vor sechs oder mehr Stunden abgeflossen, das Becken ist normal oder höchstens geringgradig verengt, der Kopf steht zangengerecht, Mastdarm und Blase sind leer[1]), oder werden entleert; die junge Frau, die Verwandten bitten und flehen um Erlösung; ich kann voraussehen, dass sich eine Zangenextraction ohne Schwierigkeiten zu Ende führen lassen werde, — und ich sollte die Gequälte nicht erlösen, wo ich es kann, nur, weil die Sache vielleicht nicht ganz schulgerecht ist? Ich meine, dass in solchen Fällen ein längeres unthätiges Zuwarten nur Grausamkeit wäre und gestehe gern, dass ich unter solchen Umständen nicht das Herz dazu gehabt habe, so grausam zu sein. Mag man von Seiten der Kliniker immerhin solche Operationen durch den Namen «Luxuszangen» stigmatisiren, wie z. B. Winckel es thut, der sie geradezu «unerlaubt» nennt, — ich habe keinen Grund gehabt, damit unzufrieden zu sein, wenn ich mit einer solchen «Luxuszange» einer Frau geholfen habe, und die Frau auch nicht.

Chloroform in Anwendung zu ziehen, habe ich bei meinen Zangenoperationen nicht für thunlich gehalten trotz Dührssen, der «die Narkose an Kreissenden erfahrungsmässig für ungefährlich» erklärt. Ich halte es entschieden nicht für zulässig, zu chloroformiren, wenn der Operateur allein ist, weil er weder den Gang der Narkose genügend überwachen, noch seine ganze Aufmerksamkeit der Operation selbst zuwenden kann. Zum Chloroformiren ist für mich ein fachmännischer Assistent conditio sine qua non. Ausserdem empfinden Frauen, die schon so lange Zeit von Schmerzen gequält worden sind, den durch die Zangenextraction an sich gesetzten Schmerz gar nicht als so besonders heftigen, — der Gedanke, in Bälde befreit zu sein, überwiegt dazu viel zu sehr.

Bei den meisten Operationen, bei der Application der Zange und bei der Wendung aber immer, habe ich mir ein Querbett construirt; mag ein solches noch so primitiv hergestellt sein, so ist doch nur dadurch genügend Platz für den Operirenden selbst, wie für die Personen, die ihm zu Hand gehen, zu beschaffen.

Meine Fälle datiren zum Theil aus vorantiseptischer Zeit. Als aber die Lehren der Anti- resp. Aseptik bekannt wurden, habe ich anfangs fast ausschliesslich Carbolsäure benutzt, später mit Bürste und Sublimat die Hände, mit kochendem Wasser die Instrumente aseptisch zu machen gesucht. Dass damit bei den geschilderten Verhältnissen wohl fast nur das Princip gewahrt war, ist verständlich. Von sonstigen aseptischen Maassnahmen mit der Kreissenden selbst habe ich absehen müssen und auch wollen. So äusserst widerwärtige Proceduren z. B. wie das Rasiren der Schamhaare überlasse ich durchaus dem Geschmack der Ultras. Ich kann diesen Herren die Versicherung geben: es geht auch ohne solche Excentricitäten, die ganz gewiss von nur ephemerer Dauer sein werden.

Ich habe die Geburtszange in 102 Fällen angewendet. Indicationen dazu waren mir Wehenschwäche in 51, Beckenenge in 28, Eklampsie in 6, Placenta prävia in 1 und «um abzukürzen», in 16 Fällen. Dass in der Hälfte aller Fälle Wehenschwäche den Grund zum Appliciren der Zange abgegeben hat, das erklärt sich zum guten Theil wohl daraus, dass sich Wehenschwäche fast immer als Folgezustand von allzu protrahirtem Geburtsverlauf einfindet, was wiederum meiner Ueberzeugung nach in entschiedenem Causalnexus steht mit dem schon berührten Missbrauch der Weiber unter dem Landvolk, die Kreissende gleich vom Beginn der Geburtsarbeit an zum Mitdrängen anzutreiben.

Von meinen mit der Zange entbundenen Frauen starben 6, und zwar 2 an Eklampsie, 3 an Puerperalfieber — jetzt sagt man «Sepsis» — und 1 an Gangrän der Labien, welche schon bei Beginn der Geburt in ungewöhnlichem Grade ödematös geschwollen waren. Das macht 5,9 pCt. aus, von welchen 2,4 pCt. auf die vor- und 3,5 pCt. auf die nachantiseptische Periode entfallen. Walther in seiner angeführten Arbeit hat in gleichem Falle 6 pCt. Todte zu verzeichnen, also fast genau dieselbe Ziffer. Kinder wurden bei meinen Zangenextractionen todt geboren 21, davon 9 entschieden wegen zu langer Geburtsdauer, 7 waren faultodt, 4 von eklamptischen Müttern, 1 wurde perforirt. Das ergiebt 20,5 pCt. Mortalität und nach Abzug der 7 faultodten und der perforirten 10,2 pCt., während Walther etwas mehr, nämlich 12 pCt.

[1]) Mir sind wiederholt Fälle vorgekommen, bei denen nur die prall gefüllte Harnblase das Geburtshinderniss abgab.

hat. Die Zahlen erscheinen nicht ungünstig, wenn man sie mit solchen in Gebäranstalten vergleicht und die so sehr viel ungünstigeren äussern Verhältnisse in Erwägung zieht. Daube in Marburg hat z. B. 2,3 pCt. todte Frauen, Winckel in Dresden 4,2 pCt., Kehrer in Giessen gar 7 pCt.

Von meinen mit der Zange entbundenen Frauen waren 65 Erstgebärende = 63,7 pCt. und 37 Mehrgebärende = 36,3 pCt. Dem Lebensalter nach war die Aelteste 44, die Jüngste 19 Jahre alt. 5 Frauen gehörten den sogenannten «bessern» Ständen an, die übrigen waren Frauen von Bauern, Arbeitern und Handwerkern. 5,5 pCt. waren Mädchen, gegen 94,5 pCt. verheirathete Frauen.

Bei hohem Querstande des Kopfes habe ich 7 Mal die Zange anlegen müssen und zwar war es die gewöhnliche Busch'sche, da ich keine separate Achsenzugzange besass, die ja überhaupt erst der neuesten Zeit angehört, und habe dabei keine Frau verloren. Die Zange an den nachfolgenden Kopf habe ich 5 Mal in Anwendung gezogen.

Was die Anti- resp. Aseptik betrifft, so habe ich schon hervorgehoben, dass es dem Landarzt nicht möglich ist sie streng durchzuführen; soweit die Möglichkeit geboten war, habe ich mich bemüht, ihr gerecht zu werden. Aber man setze etwa folgendes Dilemma, welches übrigens nicht ersonnen, sondern erlebt ist: ich komme zu einer Gebärenden und finde den Rumpf geboren, der Kopf zögert aber mit dem Durchtritt, die Nabelschnur pulsirt deutlich, — soll ich da nicht ungesäumt zugreifen und die Geburt so schnell wie möglich mit dem Prager Handgriff oder der Zange beenden, um das schwer bedrohte Leben des Kindes zu retten, oder soll ich mich mit dem etwas schwerfälligen Apparat der Aseptik aufhalten, bis das Kind sicher todt ist? Manche Geburtshelfer wollen das mit Rücksicht auf die möglicherweise zu inficirende Mutter, da das Leben dieser höher stehe, als das des Kindes. Diesem Grundsatze stimme ich voll und ganz bei, aber ich habe auch zu solchem Zögern nicht das Herz gehabt. Ich habe in vorantiseptischer Zeit mich damit aufzuhalten nicht nöthig gehabt und habe meines Wissens keine directe Infection verschuldet. Wenn man aber zu lange auf die spontane Geburt lauert, so kann es geschehen, dass diese wohl erfolgt, aber ziemlich sicher ein todtes Kind bringt. Zudem geräth der Landarzt durch zu langes Zögern häufig «in Collision mit seinen sonstigen Berufsgeschäften».

Aus allen diesen Gründen glaube ich, dass die «Luxusoperationen», die von den Klinikern in üblen Ruf gebracht sind, nicht nur «zu entschuldigen» sind, wie Walther will, sondern dass sie für den Praktiker, zumal für den Landarzt nicht zu umgehen und geboten sind.

Dammrisse nach Zangenoperationen habe ich nicht oft gehabt, genäht habe ich aber nur die sehr grossen[2]), die kleinen immer der Spontanheilung überlassen. Prima intentio bekommt man auch bei der Naht nicht, schon wegen der steten Durchnässung der Wunde mit Lochialsecreten, und nachtheilige Folgen bei Granulationsheilung durch etwaige Narbencontraction habe ich kein Mal beobachtet. Die Furcht vor etwaigen bösen, durch den Dammriss gesetzten Ereignissen, wie sie neuerdings so modern geworden ist, scheint mir übertrieben und gar zu sehr auf aprioristischen Annahmen fussend. Ausserdem hat es mir immer aufs Aeusserste widerstrebt, eine Frau, wenn sie eben so Schweres durchgemacht hat und nun die langersehnte Ruhe zu geniessen hofft, wieder der neuen Quälerei des Genähtwerdens zu unterziehen.

(Schluss folgt).

---

[2]) Complete, bis zum After reichende Dammrisse habe ich nicht erlebt.

Referate.

Jahresversammlung der British Medical Association in Newcastle-on-Tyne, August 1893.

Medicinische Section.

David Drummond: Die causalen Verwandtschaften der Krankheiten. (Brit. med. Journ. Nr. 1701.)

Die Kenntniss der Aetiologie und Behandlung der Krankheiten ist weit zurückgeblieben hinter der Diagnose. Viele sogenannte Krankheitsursachen, wie sie in den Lehrbüchern angeführt werden, verdienen diese Bezeichnung gar nicht. Es ist aber unsere Pflicht, Meinungen, die wir von unseren Vorfahren überkommen haben, im Lichte der fortgeschrittenen Wissenschaft zu verbessern oder zu erweitern. Die Verschiedenheit der Meinungen über einige Krankheitsursachen beruht zum Theil auf der verschiedenen Anwendung der Termina. Eine richtige Nomenclatur und Krankheitseintheilung muss Rücksicht nehmen auf die Krankheitsursache, keineswegs aber auf den Entdecker der Krankheit oder die Symptome. Freilich ist das bereits zum Theil der Fall. Eine ganze Reihe von Erkrankungen der Haut, des Auges, des Gehirns, der Gelenke, der Lungen u. s. w. die früher als verschiedenartig angesehen wurden. gehören wie wir wissen, zusammen, da sie alle von Tuberkelbacillus verursacht werden. Wenn es uns gelingt, wonach ich zu streben plaidire, die Krankheiten nach ihrer Ursache zusammenzufassen, kann dies nicht ohne Einfluss auf die Methode der Behandlung bleiben. Die Therapie, die sich auf die Aetiologie gründet, muss Erfolg haben. Die Erkenntniss der Verwandtschaft bestimmter Symptomencomplexe mehrt sich aber stetig. Ich erlaube mir einige Beispiele anzuführen. Die Beziehung der Syphilis zur Tabes ist meiner Meinung nach constant. Letztere ist die Folge ersterer, dies kann man mit ziemlicher Bestimmtheit behaupten. Meine Erfahrungen lehren, dass in allen Fällen der Tabes Syphilis vorausgegangen war. Dieser Annahme schliessen sich auf Grund der Statistik auch immer mehr und mehr die Fachgenossen an. Auf dieselbe specifische Ursache ist, wie ich glaube, auch die progressive Paralyse der Irren zurückzuführen. Der Beweis dafür ist statistisch schon schwieriger zu erbringen. Trotzdem nimmt in 65 pCt. der Fälle Jacobson eine specifische Ursache an, während Steenberg und andere schon seit einiger Zeit progressive Paralyse ohne Syphilis nicht anerkennen. Nach der inductiven Methode müssen wir aber letztere Behauptung als richtige Schlussfolgerung anerkennen. Als weiterer Beweis für die Richtigkeit dieser Annahme ist der Umstand anzusehen, dass die progressive Paralyse die einzige bekannte Geisteskrankheit ist, bei der wir constante anatomische Veränderungen finden. Daraus geht hervor, dass diesem pathologischen Process ein specifischer aetiologischer Factor zu Grunde liegt. Die Erkenntniss dieser Thatsachen hat wohl deshalb keine günstigen therapeutischen Resultate zu Tage gefördert, weil die Behandlung zu spät einsetzte. Wie häufig aber das Auftreten von Tabes und progressiver Paralyse durch rechtzeitige antisyphilitische Curen verhindert wird, kann Niemand sagen. — Eine weitere Beziehung besteht zwischen Aneurysmen und Syphilis. Meine anamnestischen Erhebungen haben dies mit wenigen Ausnahmen, wo die Aneurysmabildung auf maligne Endocarditis zu beziehen war, stets ergeben. In dieser Gegend sind Aneurysmen sehr häufig. Im Verlauf der letzten 10 Jahre habe ich 145 Fälle von Aneurysmen der Aorta thoracica in der Royal Infirmary behandelt. Die Syphilis macht die Wand der Arterien besonders nachgiebig gegen den Blutdruck. Vielleicht ist die Ursache dafür die Transformation der Media und Adventitia in Bindegewebe, was ja bei Syphilis sehr gewöhnlich vorkommt. Jedenfalls habe ich es mir zur praktischen Regel gemacht, niemals Aneurysmen ohne das Vorhandensein von Syphilis zu diagnosticiren, freilich ist dazu eine sehr genaue Anamnese erforderlich. Schwere Arbeit mag ja mit eine Ursache der Aneurysmabildung sein, letztere hat aber dann immer gleichzeitig specifische Arteritis zur Voraussetzung.

Ein weiterer causaler Zusammenhang besteht zwischen Empyem und Pneumonie; derselbe ist sehr constant. Eiterungen der Pleurahöhle bei septischer Pleuritis, tuberculösem Pneumothorax, oder secundärer Infection eines Pleuraexsudates durch einen Trokar gehören zu den Ausnahmen. Das gewöhnliche Empyem entsteht in Folge einer Pneumonie. Wer diese Thatsache nicht vergisst, wird rechtzeitig einen Pleuraerguss nach Pneumonie als eitrig diagnosticiren. Je frühzeitiger man aber ein Empyem entleert, desto kurzdauernder ist die chirurgische Behandlung des Falles. Bei sehr frühzeitiger Punction des Exsudates kann man sogar häufig ohne Incision und Drainage auskommen.

Die Beziehungen zwischen Rheumatismus und Chorea haben grosse Meinungsverschiedenheiten hervorgerufen. Trotz unserer beschränkten Kenntnisse können wir uns doch eine Theorie zurechtlegen. In einer bestimmten Zahl von Fällen wird

das Vorkommen von Rheumatismus bei Chorea von Allen zugegeben. Meine eigenen Beobachtungen constatiren einen engen Zusammenhang zwischen diesen beiden Krankheiten. Ich nehme an, dass häufig die Chorea hervorgerufen wird durch die Einwirkung des Rheumatismusgiftes auf die wachsenden und gewissermaassen labilen Corticalzellen, wodurch in letzteren eine Störung hervorgerufen wird. Wenn dies für wenige Fälle feststeht, kann man leicht die Chorea bei Kindern nervöser und rheumatischer Familien auf dieselbe Ursache beziehen. Ist es denn durchaus nothwendig und wissenschaftlich erforderlich, dass wir, bevor wir uns eine inductive verallgemeinernde Schlussfolgerung erlauben, in jedem Falle eine rheumatische Erkrankung mit deutlichen Gelenkläsionen nachweisen müssen? Ich glaube, wir können ohne Schaden eine rheumatische Diathese annehmen, zu der die Chorea, Pleuritis, der Kopfschmerz und die Hautaffectionen zu rechnen sind, die so häufig den Rheumatismus begleiten.

Die Herzaffectionen sind alle secundärer Natur: als ursächliche Momente sind Rheumatismus, Gicht, Tuberculose, Sepsis, Alkoholmissbrauch, Syphilis etc. anzuführen. Die Kenntniss der primären Krankheitsursache ist für die Behandlung der Herzkrankheiten von eminenter Bedeutung. Nach der jetzt herrschenden Schule wird zu viel Gewicht auf die specialisirte Diagnose der Klappenläsion gelegt und die Ursache der Krankheit häufig aus dem Auge verloren. Wir begnügen uns häufig eine Mitralinsufficienz zu diagnosticiren, ohne uns die Frage vorzulegen, ob der ursächliche Krankheitsstoff der Gicht, des Rheumatismus oder des Alkohols noch im Körper circulirt oder nicht. Ohne Beantwortung dieser Frage können wir aber keine erfolgreiche Therapie einleiten. Nicht der Klappenfehler an sich, der ja meist für den Patienten nicht sehr gefährlich ist, sondern neue intercurrente Attaquen des Rheumatismus, die häufig fast unbemerkt und ausser Fiebererscheinungen symptomlos einhergehen, gefährden am meisten den Pat. Aehnliches gilt für die Gicht, nur dass diese Krankheit einen constanteren Verlauf nimmt, wobei sie häufig unbemerkt dem Organismus schweren Schaden zufügt. Die Syphilis ist viel häufiger die Ursache von Herzaffectionen als die Lehrbücher angeben. Auch das Alkoholiker-Herz lenkt in letzter Zeit immer mehr die Aufmerksamkeit des Arztes auf sich. Es giebt, da es sich meist um Affectionen des Myocardiums handelt, eine schlechte Prognose und führt häufig plötzlich zur Katastrophe. Die Berücksichtigung dieser aetiologischen Momente setzt uns mehr in den Stand, Herzkranken nützen zu können, als wenn wir intercurrente Verschlimmerungen als unvermeidlich anzusehen gewöhnt sind. Ich bin häufig in der Lage gewesen, im Sectionssaal demonstriren zu können, dass diagnosticirte Klappenfehler auf eine chronisch tuberculöse Pericarditis zu beziehen waren, wobei die Klappen gesund waren, die Ostien aber in Folge von Adhäsionen dilatirt und der Herzmuskel degenerirt war. Die Prognose und Therapie eines solchen Falles muss natürlich grundverschieden sein von derjenigen einer rheumatischen oder alkoholischen Herzaffection. Ich glaube, dass wir die Zahl der chronischen Herzkrankheiten werden reduciren können, wenn wir die Prophylaxe resp. frühzeitige Behandlung auf Grund causaler Principien werden üben lernen. -- Ich komme jetzt auf den modificirenden Einfluss einer Krankheit auf die andere zu sprechen. Der Symptomencomplex der Erkrankung eines Organes kann leicht auf die Krankheit eines anderen Organes bezogen werden. Wenn z. B. ein Alkoholiker an dyspeptischen Erscheinungen leidet, werden sie leicht von ihm selbst, seinen Angehörigen und seinem Arzt auf den Alkohol bezogen, ohne dass dabei eine organische Krankheit supponirt wird. Pat. scheint weiter nicht krank zu sein und erfüllt mit wenig Beschwerden die Pflichten seines Berufes. Eine etwa plötzlich eintretende Lungenentzündung, von der sich Pat. nur langsam erholt, ändert sofort das ganze Krankheitsbild. In 2—3 Wochen treten Ascites und alle Erscheinungen der Lebercirrhose zum nicht geringen Schrecken aller Betheiligten auf. Jetzt erst wird es klar, dass diese Krankheit schon lange in latenter Form vorhanden war. Der behinderte Pfortaderkreislauf war eben durch Hülfskräfte compensirt, die nach Durchmachen der Pneumonie versagten. Ich bin in der That anzunehmen geneigt, dass bei der Lebercirrhose das Auftreten von Ascites auf Herzschwäche zu beziehen ist. Zum Belege dafür möchte ich einen unlängst beobachteten Fall anführen. Ein kräftiger Kellner bekam in Folge mehrtägigen schweren Alkoholmissbrauches sehr schnell alle Symptome von Stauung im Pfortadersystem. Ascites etc. Es wurde eine Punction erforderlich, doch starb Pat. ziemlich schnell an Peritonitis. Bei der Autopsie fand ich eine kleine cirrhotische Leber mit ausgebildetem compensatorischem Collateralkreislauf und ein dilatirtes Herz. Auch bei Nephritis tritt häufig Hydrops wegen Herzschwäche ein. Häufig ...nung treten Modificationen im Symptomencomplex einer Krankheit durch den Einfluss einer anderen Krankheit ein. Hierfür ein Beispiel. Ein junger Mann von 22 Jahren litt im Herbst 1891 an Alkoholparalyse mit Schwäche in den Beinen und Parese und Schmerzen der Fingerextensoren. Er erholte sich soweit, dass er nach 4 Monaten gehen und etwas später Velociped fahren konnte. Im Mai des folgenden Jahres erkrankte er an Diphtherie, infolge deren von neuem die kürzlich überstandenen Erscheinungen mit Ausnahme der Schmerzen und ohne Schluckbeschwerden auftraten. Die Localisation der diphtheritischen Lähmung trat ein auf Grund der alkoholischen Prädisposition. Der Einfluss einer Krankheit auf die andere kann aber auch von Nutzen sein. Sarcome und Lupus heilen manchmal nach Hinzutreten von Erysipel. Hierher ist auch die Beobachtung zu rechnen, dass Lungentuberculose selten neben Herzaffectionen auftritt. Wir sehen also, dass die Beurtheilung der Symptome, Diagnose, Prognose und Therapie wesentlich erleichtert wird, wenn wir die Ursache oder Ursachen, die einen einfachen oder complicirten Krankheitsfall hervorrufen, im Auge behalten. Thatsächlich sucht auch der Praktiker stets nach der Krankheitsursache, seine Erfolge hängen zum grössten Theil davon ab, wie weit seine Therapie eine causale ist.

W. Beckmann.

Fritz Colley (Marburg): Ueber Fettembolie nach gewaltsamer Gelenkbeugung und zur Kenntniss der Entstehung von Enchondromen. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 36. 3 und 4. 1893. Pag. 322).

Verf. berichtet die ausführliche Krankengeschichte und den höchst interessanten makroskopischen und mikroskopischen Sectionsbefund einer 26jährigen Patientin, die in ihrem 15. Lebensjahr Rhachitis acquirirt hatte und bei welcher nach einem Brisement forcé der beiden steifen Kniee nach 14 Stunden unter den Erscheinungen des Lungenoedem's der Tod eintrat.

Die klinische Diagnose war mit hoher Wahrscheinlichkeit auf Fettembolie gestellt worden und wurde auch durch die Section als richtig bestätigt.

Verf. stellt diesen Fall von Fettembolie den früher in der Literatur mitgetheilten gegenüber, weil hier ohne irgend eine Knochenverletzung, einzig durch das Abreissen eines narbig mit dem Femur verbundenen, fettig entarteten Muskels, soviel Fett in den Kreislauf gelangt war, um den Tod herbeizuführen, und dass ferner durch Füllung der Herzcapillaren mit Fett schon innerhalb eines Zeitraumes von 14 Stunden eine acute Verfettung des Herzmuskels eingetreten war.

Es resultirt aus dieser Mittheilung der Schluss, dass das Brisement forcé nicht als ein ganz harmloser Eingriff angesehen werden darf, wie das bisher geschehen ist, jedenfalls dann nicht, wenn Zerreissung eines durch Inactivität der fettigen Atrophie verfallenen Muskels, oder Infraction resp. Fractur eines in dem Zustande fettiger Osteoporose befindlichen Knochens in Frage steht.

Zum Schluss giebt Verf. noch den Krankheits- und Sectionsbericht von einem Fall schwerer Tuberculose der rechten unteren Extremität, wo der Tod unter meningitischen Erscheinungen eingetreten war. Es fand sich bei der Section eine geringe Fettembolie der Lungen und eine hämorrhagische Pachymeningitis, die möglicher Weise dadurch entstanden war, dass Fett in die äusserst feinen Gefässe gelangt und dadurch die Haemorrhagien bedingt worden waren.

Brackel—Dorpat.

P. Klemm (Riga): Zur Casuistik der complicirten Schädelbrüche. (Deutsche. Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 36. 1 und 2. 1893. pag. 110).

An der Hand von acht genau referirten Krankengeschichten von Patienten mit complicirten Schädelfracturen, die zum grössten Theil der Dorpater chirurg. Klinik des weil. Prof. v. Wahl entstammen, knüpft Klemm an jeden einzelnen Fall eine mehr oder weniger eingehende epikritische Bemerkung und bespricht sodann die Diagnose, den Verlauf, die Prognose und die einzuschlagende Therapie.

Die Diagnose ergab sich, was den Bruch der Schädelkapsel anlangte, mit Leichtigkeit nach genauer Inspicirung der Wunde. Die mit dem Bruch verknüpften mehr oder weniger schwer ausgesprochenen cerebralen Läsionen konnten jedoch a priori nicht mit Gewissheit in ihrer Natur bestimmt werden, da die beobachteten Symptome zum Theil auf Commotio, zum Theil auf Compressio cerebri zurückgeführt werden konnten. — Auch in einem Falle mit Herdsymptomen konnte Verf. doch nicht aus denselben eine «Contusion im Bereiche der Centralwindung» folgern, da sie in Verbindung mit allgemeinen Hirnsymptomen einhergingen, somit dieselbe Ursache, die diesen zu Grunde lag, auch jene bewirkt haben konnte.

Der weitere Verlauf der complic. Schädelfracturen ist abhängig von der Verletzung, die das Hirn erlitten hat, wie auch von den Complicationen, die sich nachträglich zu der Läsion desselben gesellen.

Was die Prognose anlangt, so werden 3 Punkte sie bestimmen: die Gehirnläsion an sich, die Störung der intracere-

bralen Circulation und der Eintritt von Entzündungserregern in die eröffnete Schädelhöhle. Der Tod kann also eintreten: sofort nach der Verletzung, wenn eine Zerstörung der zum Leben wichtigen cerebralen Centren herbeigeführt worden ist, oder aber einige Zeit nach dem Trauma — nach Tagen, Wochen, Monaten und Jahren — wobei dann als Grund die Folgen der gestörten Hirncirculation und die eingedrungenen Mikroorganismen anzuführen sind.

Die einzuschlagende Therapie wird also in der Wiederherstellung resp. in der Anbahnung normaler Circulationsverhältnisse im Hirn bestehen.

In Anschluss hieran bespricht Verf. sodann die primäre Trepanation, deren Hauptwerth in rein prophylaktischer Richtung liegt, indem durch sie ein antiseptischer Wundverlauf angebahnt und fernerhin eine Reinigung und Entfernung der Splitter aus dem gequetschten Hirn ermöglicht wird.

Verf. hat es leider weiter nicht angegeben, wann in seinen Fällen die primäre Trepanation ausgeführt wurde. Nach den Krankengeschichten wurde in 5 Fällen sofort die Trepanation vorgenommen. in zwei Fällen erst geraume Zeit nach der Verletzung. Brackel—Dorpat.

Th. Bohosiewicz: Zur Kenntniss der Schussverletzungen durch das österreichische 8 mm. Mannlicher Gewehr. (Wiener med. Presse 1892. 35 ref. in Deutsche Milit.-ärztl. Zeitschr. Nr. 12. 1892.)

Ein Soldat hatte auf 4 Schritte Entfernung einen Schuss erhalten. Der Einschuss im rechten Hypochondrium am untern Rande des 7. Rippenknorpels, dicht nach aussen vom Rippenbogen ist kreisrund, von $1\frac{1}{2}$ Cm. Durchmesser, glattrandig, die umgebende Haut bläulich verfärbt. Der Ausschuss am Rücken, am unteren Rande der 7. Rippe. 3 Cm. nach aussen von einer durch den Schulterblattwinkel parallel mit der Mittellinie geführten Linie, kleiner als der Einschuss, rund, mit zackigen Rändern. Leichte Dämpfung vorn und hinten, rechts unterhalb der 4. Rippe. daselbst abgeschwächtes Athmungsgeräusch. unten Fehlen desselben. Kurzathmen, Schmerz beim Athmen kein Bluthusten, heftiger Singultus, nicht blutiges Erbrechen; Lebergegend nicht empfindlich auf Druck, am Bauch nichts krankhaftes. Temp. 38,5. P. 100 — Ordin. Aseptischer Verband, Eisblase, Eispillen. Ruhe. Vom 8. Tage an fieberfrei. – Nach 24 Tagen. wo auch eine zeitweise in der rechten Oberbauchgegend nachweisbar gewesene Dämpfung geschwunden war, vollkommene Genesung. Am 4. und 8. Tage Verbandwechsel. Grimm.

A. v. Hochstetter: Colica processus vermiformis (Breuer). (Festschrift, gewidmet Th. Billroth pag 138).

Kammerer: Operationsbericht; Discussion über Appendicitis in der New-York surgical society. (Annals of surgery, February 1893).

J. F. Binnie: Appendicular Colic. (Annals of surgery, June 1893).

Hochstetter beschreibt die Krankengeschichte einer 49jährigen Frau, die 9 Jahre lang an Obstipation, Meteorismus, heftigen kolikartigen Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend gelitten hatte. Die Kolikanfälle waren von äusserster Empfindlichkeit des Abdomen, Erbrechen, Fieber, Collaps begleitet und hatten die Kranke so heruntergebracht, dass sie meist bettlägerig war. Die Excision des Proc. vermiformis brachte mit einem Schlage dauernde Heilung aller Beschwerden. Der Proc. vermif. war rigide, gestreckt, verdickt, die Serosa ganz unverändert, die Muscularis stark hypertrophirt. die Schleimhaut zeigte die Zeichen eines chron. Katarrhs ohne Ulceration; im Innern des Proc. verm. war etwas Schleim.

Kammerer berichtete am 14. Dec. 1892 in der New-York surg. soc. über eine 25jährige Kranke, die mehrere Monate lang Anfälle vom Charakter «acuter Appendicitis» hatte. Schliesslich trat eine so heftige Attaque ein, dass die Diagnose auf Perforationsperitonitis gestellt wurde. (Temperatursteigerung, 160 Pulse, Meteorismus, Erbrechen, äusserst heftige Schmerzen in der Cöcalgegend, Collaps). Die sofort vorgenommene Operation ergab: blasses, ganz unverändertes Peritoneum, der Proc. vermiformis lang, dick, hart, gestreckt, mit Faeces gefüllt. Keine Entzündungserscheinungen in der Umgebung. Glatte Heilung.

Binnie operirte mit gutem Erfolg eine 27jährige Kranke, die innerhalb eines halben Jahres 4 Anfälle von «Appendicitis» gehabt hatte. Auch hier fehlten, abgesehen von einer unbedeutenden Röthung an einem Punkt, alle entzündlichen Erscheinungen am und um den Proc. vermif.; dieser war aber auch verdickt. verlängert, hart, gestreckt, sonst unverändert, im Innern harte Kothbröckel.

Für solche Fälle, bei denen die schwere Kolik nebst allen Begleiterscheinungen dem Krankheitsbild das charakteristische Gepräge giebt, ohne dass die bei entzündlichen Processen vorhandenen anatomischen Veränderungen gefunden werden, hat Breuer in Wien die Bezeichnung «Colica processus vermiformis» proponirt. Sie sind streng von den entzündlichen Processen zu trennen. B. vergleicht sie mit Gallenblasen-, Nieren-, Uteruskoliken. Die Anfälle werden hervorgerufen durch Fremdkörper im Proc. vermiformis oder dadurch, dass die Einmündungsstelle desselben durch katarrhalische Schleimhautschwellung verlegt und so der Proc. verm. zu erhöhter Thätigkeit angeregt wird. In Fällen wo der Proc. verm. als harter Wulst zu fühlen ist, haben Breuer und Gersuny mit gutem Erfolg Massage angewandt. Dagegen wendet Binnie mit Recht ein, das die Differentialdiagnose zwischen einfacher Kolik und entzündlichen Erkrankungen des Proc. vermif. wegen Gleichheit der Symptome oft unmöglich ist; die Massage kann daher leicht äusserst gefährliche Folgen haben. Die operative Entfernung des Proc. verm. ist nach B. bei beiden Zuständen dringend indicirt. Wanach.

Prof. Max Schüller: Untersuchungen über die Aetiologie der sogen. chronisch-rheumatischen Gelenkentzündungen. (Berliner klinische Wochenschrift 1893. Nr. 36).

Diese Arbeit enthält genauere Angaben über den Bacillenbefund bei chronisch rheumatischen Gelenkentzündungen (cf. das Referat über Schüller's Arbeit «chirurg. Mitth. über die chron. rheum. Gelenkentz.» in Nr. 31 dieser Wochenschr.) In allen Fällen des genannten Leidens, die Sch. untersuchte. liessen sich aus der durch Punction der Gelenke gewonnenen Flüssigkeit auf Nährgelatine immer dieselben kurzen Bacillen züchten. die Sch. schon früher in Schnittpräparaten der Synovialis gefunden hatte. Die Bacillen haben die Gestalt von kurzen plumpen Stäbchen mit einer seichten mittleren Einschnürung und Polkörnchen, aus denen sich die Sporen zu bilden scheinen. Die Bacillen sind zuweilen leicht gekrümmt, färben sich am besten mit Carbolfuchsin, entfärben sich sehr leicht. Die Culturen wachsen gut bei etwas über 25° C. in Form von weissen kleinen Knötchen oder Körnchen, um die herum die Gelatine eine weissliche schleierartige Aufquellung zeigt. Die Gelatine wird unter Verschmelzung der einzelnen Knötchen verflüssigt. Auch auf Bouillonpepton-Agar-Agar, gekochten Kartoffeln und Mohrrüben wachsen die Culturen. Die Culturen gedeihen nur im Dunkeln, im grellen Licht hört jedes Wachsthum auf. – Thierversuche stellte Sch. bei Tauben ohne Erfolg, bei Kaninchen mit positivem Resultat an. Injection von grösseren Mengen Culturflüssigkeit in Kaninchengelenke bewirkte schleimige Synovitis (nie Eiterung) und die Entwickelung dendritisch verzweigter Gelenkzotten; sowohl in diesen, als in der Gelenkflüssigkeit waren wieder die charakteristischen Bacillen nachweisbar. Schüller hält die letzteren daher für die specifischen Krankheitserreger.

Wanach.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Julius Port: Anleitung zu ärztlichen Improvisations-Arbeiten. Mit 41 Abbildungen im Text. Stuttgart 1892.

In der vorliegenden Schrift finden wir das Resultat von neuen Arbeiten des auf diesem Gebiet bekannten Verfassers. Es liegt die Anleitung vor zur Herrichtung von: Schub-. Bau-Stall-Karren, 2- und 4-rädrigen Hand-Karren als Krankenfahrbahre und Lehnstuhl, von Leiterwagen, Brückenwagen, Eisenbahngüterwagen, Fluss und Kanal-Schiffen zum Verwundeten-Transport etc.

Die Schrift ist jedenfalls geeignet das Interesse für Improvisation zu wecken und giebt unter Anderem praktische Anleitung für die Kostbereitung und für Anmachen von Feuer mit grünem Holz. Grimm

Carl Fr. Th. Rosenthal: Die Erkrankungen der Nase, deren Nebenhöhlen und des Nasenrachenraums. Berlin. Hirschwald 1892. 297 S.

Ein ausgezeichnetes Buch, dem namentlich unter den praktischen Aerzten weite Verbreitung zu wünschen ist, da es für diese hauptsächlich geschrieben ist. Alles was Verf. sich bei der Abfassung des Buches vorgenommen hat, ist vollständig erreicht. Der Zusammenhang der Nasenkrankheiten mit andern Leiden, ihre Wirkung auf den Gesammtorganismus ist beständig berücksichtigt, von Weitschweifigkeit hat der Verf. sich ebenso fern zu halten gewusst wie von compendiöser Kürze. den Bedürfnissen der Praxis ist hauptsächlich Rechnung getragen. Die klare Ausdrucksweise macht die Lectüre des von der Verlagshandlung in gewohnter Weise vorzüglich ausgestatteten Buches sehr angenehm. W.

Eduardo Oteri: Eine neue Heilwirkung. (Giorn. med. del r. esercito e della r. marina, ref. in Deutsche milit. ärztl. Zeitschr. 1893 Heft 1).

Verf. hat in 280 Fällen von Tripper, Bubonen, Schanker, Condylomen und Phimosenoperationen den Cremor tartari als Heilmittel angewandt und folgende Erfolge erzielt:

Der Cremor tartari ist wegen seiner milden, nicht reizenden Eigenschaften als Mittel zu Einspritzungen — bis 6 Mal täglich — sehr zu empfehlen. In einer Suspension von 10,0 auf 100,0 mildert er die Entzündung und beseitigt den Ausfluss schnell ohne zu reizen. Rückfälle treten bei Soldaten natürlich auch auf. Ganz besonders empfiehlt Verf. den Cremor tartari als Streupulver bei übermässiger Eiterung auf Wundflächen und in buchtigen mit nekrotischen Wandungen versehenen Wundhöhlen, da er kräftige fäulnisswidrige und absorbirende Eigenschaften hat; z. B. bei Bubonen ist Cremor tartari ausgezeichnet anzuwenden, ebenso bei Schankern, syphilitischen Geschwüren, Eicheltrippern, und bietet den Vortheil, dass er geruchlos, billig und handlich ist. Grimm.

Vermischtes.

— Ordensverleihung: Der Weisse Adler-Orden — dem Ober-Militär-Medicinalinspector, Leibmedicus, Geheimrath Dr. Remmert. Der St. Annen-Orden I. Classe — dem Corpsarzt des Grenadircorps, wirklichen Staatsrath Dubinski. Der St. Stanislaus-Orden I. Classe — den Corpsärzten des 5, resp. 8. und 12. Armeecorps, wirklichen Staatsräthen Nekrassow, Baulin und Kasanski, dem Tomsker Medicinalinspector, wirkl. Staatsrath Dr. Matkewitsch; den ordentlichen Professoren der militär-medicinischen Akademie, wirkl. Staatsräthen Tschudnowski und Iwanowski. Der St. Wladimir-Orden III. Classe — dem stellv. Petrokowschen Gouvernements-Medicinalinspector, Staatsrath Dr. Dobrshelewski und dem Wolhynischen Gouvern.-Medicinalinspector Staatsrath Dr. Bruns.

— Befördert: Zum Geheimrath — der Bezirks-Medicinalinspector des Amur-Militärbezirks, wirkl. Staatsrath Dr. Radakow und der Corpsarzt des 1. Armeecorps, wirkl. Staatsrath Dr. Iskerski; zum wirklichen Staatsrath — der Inspector der Woronesh'schen Gouvernements-Medicinal-Verwaltung, Staatsrath Dr. Sadler, die ordentlichen Professoren der kaiserl. militär-medicinischen Akademie Taranezki und Winogradow, der Gehilfe des Bezirks-Medicinal-Inspectors des Warschauer Militärbezirks, Dr. Kornijewski, der Gehilfe des Bezirks-Medicinal-Inspectors des Kiewer Militärbezirks Tubure, der Corpsarzt des 2. Armeecorps Parshnizki und der Corpsarzt des 16. Armeecorps Dr. Jarassewitsch.

— Ernannt: Staatsrath Dr. Korowin — zum Leib-Pädiater des Allerhöchsten Hofes.

— Verstorben: 1) Am 2. August im Gouvernement Kostroma der verabschiedete Oberarzt des Rigaschen Militärhospitals, wirkl. Staatsrath Dr. Julius Knoch, im 65. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, wo er von 1848—52 studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde wurde K. Ordinator am Nikolai-Militärhospital in St. Petersburg und war dann von 1881 an successive Oberarzt des Astrachanschen, Kasanschen und Rigaschen Militärhospitals. Im Jahre 1886 verabschiedet, beschäftigte er sich mit der künstlichen Fischzucht, in welcher er Hervorragendes geleistet. Für seine Arbeit über den breiten Bandwurm erhielt der Verstorbene den Monthyon-Preis von der französ. Akademie. 2) Am 13. August der ältere Arzt des Irrenasyls Kaiser Alexander III. auf der Station Udelnaja bei Petersburg, wirkl. Staatsrath Dr. Nikolai Dmitrijew, im 39. Lebensjahre. Der Verstorbene war ein Schüler der medico-chirurgischen Akademie, an welcher er 1867 den Arztgrad erhielt. 3) Am 23. August in St. Petersburg der Ehren-Leibotiater des Kaiserlichen Hofes, wirkl. Staatsrath Dr. Robert Wreden. Der Verstorbene, der auch berathendes Mitglied des militär-medicinischen gelehrten Comités war, war hier als tüchtiger Ohrenarzt bekannt und beschäftigte sich nebenbei auch viel mit der Telephonie und anderen Fragen der praktischen Physik. 4) In Lublin der Ordinator am dortigen Militär-Lazareth Heinrich Downar-Sapolski im 43. Lebensjahre. Obschon der Verstorbene eine ausgebreitete Praxis als Augenarzt in Lublin hatte, so hat er doch seine Frau mit drei kleinen Kindern ganz mittellos hinterlassen.

— Der bisherige Decan der medicinischen Facultät in Charkow, Prof. P. J. Kowalewski (Psychiater) ist auf weitere 4 Jahre in diesem Amte belassen worden.

— Auf den Lehrstuhl der Pharmakologie an der Charkowschen Universität ist an Stelle Prof. N. L. Saleski's, welcher nach Ausdienung von 30 Jahren seinen Abschied genommen hat, der ausserordentliche Professor für dieses Fach in Kasan Dr. D. K. Rodsajewski übergeführt worden.

— Der Professor der Botanik Dr. A. F. Batalin hat seine Lehrthätigkeit an der militär-medicinischen Academie aufgegeben.

— Der ausserordentliche Professor der speciellen Pathologie an der Universität Charkow, Dr. A. M. Schiltow, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— Der bekannte Hygieniker, Geh. Medicinalrath Professor Finkelnburg in Bonn beging am 16. August sein 40-jähriges Doctorjubiläum und wird in nächster Zeit seine Lehrthätigkeit aufgeben.

— Der berühmte Bonner Physiologe, Prof. Dr. Eduard Pflüger, ist für seine hervorragenden Leistungen auf den verschiedensten Gebieten der Physiologie zum Ritter des Ordens pour le mérite gewählt worden.

— In Shelesnowodsk (Kaukasus) sind zahlreiche Vergiftungen durch Kumys, welcher in der Kumysanstalt eines gewissen Tarchanow bereitet war, vorgekommen. Mehr als 100 Personen sind in Folge des Kumysgenusses mit Erbrechen, Durchfällen, Schweissen und starkem Kräfteverfall erkrankt. Bis jetzt ist jedoch kein Todesfall vorgekommen. Der Kumys wird in Tiflis von der kaukasischen Medicinalverwaltung untersucht. Das Resultat der Untersuchung ist noch nicht bekannt.

— Eine Frau J. Perret hat der Stadt Lyon zwei Millionen Francs zur Errichtung eines Kinderhospitals ausserhalb der Stadt geschenkt.

— Die medico-chirurgische Gesellschaft in Toulouse hat dem Warschauer Arzt J. A. Sendziak für seine Arbeit «über die malignen Geschwülste des Kehlkopfs und ihre Behandlung» die von ihr ausgesetzte Prämie von 1000 Frcs. und eine goldene Medaille verliehen.

— Die kaukasische medicinische Spar- Leih- und Hülfs-Casse, welche auf Initiative des jetzigen Ober-Militär-Medicinalinspectors Dr. A. Remmert im J. 1880 gegründet wurde, besass am 1. Januar 1893 bereits ein Kapital von 74,633 Rbl. 26 Kop. Von der Leihcasse waren am 1. Januar 155 Personen Darlehen im Gesammtbetrage von 23,991 R. 70 Kop. gewährt worden. Aus der Hülfscasse haben bereits Personen, (meist Familienglieder verstorbener Mitglieder, Unterstützungen im Gesammtbetrage von 3556 Rbl. erhalten.

— Unter den Mitgliedern des neuen deutschen Reichstages sind sechs praktische Aerzte.

— Der vor Kurzem verstorbene Professor der Chirurgie in Turin, Dr. Paschiotti, hat sein Vermögen im Betrage von einer Million Lire der dortigen Universität zur Förderung der medicinischen Wissenschaft testamentarisch vermacht. (Allg. med. Centr. Ztg.)

— Der Stand der Choleraepidemie im Reiche ist nach den dem Medicinal-Departement des Ministeriums des Innern zugegangenen Daten folgender: Es erkrankten vom 8. bis zum 21. August in Podolien 1722 Personen, starben 653 im Gouvernement Mohilew vom 15.—21. August 642 (424), Nishni-Nowgorod vom 1.—7. August 692 (337), vom 8.—14. August 326 (214), vom 15.—21. August 229 (117), vom 22.—28. August 118 (60), Kiew vom 15.—21. August 789 (297), Wladimir vom 15.—21. August 385 (148), Woronesh vom 15.—21. August 491 (186), Wolhynien vom 5.—21. August 228 (72), Charkow vom 15.—21. August 274 (118), Grodno vom 15.—21. August 247 (70), Minsk vom 15.—21. August 329 (102), Jekaterinosslaw vom 15.—21. August 215 (103), Poltawa vom 15.—21. August 193 (85), Ssamara vom 15.—21. August 146 (74), Ssimbirsk vom 15.—21. August 122 (58), im Don-Gebiet vom 22.—24. August 113 (60), Chersson vom 17.—21. August 110 (46), Kalisch vom 15.—21. August 78 (44), Wjatka vom 15.—21. August 91 (41), Taurien vom 15.—21. August 37 (19), Kuban-Gebiet vom 22.—24. August 26 (15), Kaluga vom 15.—21. August 18 (7), Bessarabien vom 15.—21. August 41 (19), Tambow vom 15.—21. August 18 (6), Tomsk vom 1.—7. August 14 (7), Stadt Ssewastopol vom 24.—25. August 5 (3), Stadt Kertsch vom 24.—30. August 7 (3), Stadt Kronstadt vom 22.—28. August 2 (1), Warschau vom 15.—21. August 1 (1), Nowgorod vom 15.—21. August 1 (1), Stadt Moskau vom 19.—22, August 82 (38), Gouv. Moskau vom 15.—22. August 248 (99). Zum 31. Aug. verblieben in Moskau 90 Cholerakranke in Behandlung.

— In St. Petersburg betrug in den Hospitälern die Zahl der an der Cholera in der Zeit vom 25. August bis zum 2. September incl. erkrankten Personen 235; es genasen in derselben Zeit 53, starben 83 Personen und verblieben am 2. Sept. 136 Cholerakranke in Behandlung.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 29. August d. J. 5491 (17 mehr als in der Vorwoche), darunter 356 Typhus — (29 mehr), 523 Syphilis — (10 weniger), 38 Scharlach (6 mehr), 15 Diphtherie — (7 mehr), 13 Masern — (3 mehr), 13 Pocken — (1 weniger) und 62 Cholerakranke — (33 mehr als in der Vorwoche).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 22. bis 28. August 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
286	209	495	94	32	65	13	10	17	55	56	46	37	38	25	7	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 14, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 1, Scharlach 4, Diphtherie 2, Croup 2, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 12, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 41, Ruhr 11, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 76, Tuberculose anderer Organe 8, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 43, Marasmus senilis 16, Krankheiten des Verdauungscanals 83, Todtgeborene 23.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 21. September.

Adressen von Krankenwärterinnen:

Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.

Frau **Marie Kubern**, Мойка 84, кв. 19.

Marie Mohl, В. О. 1. л. д. 44 кв. 3.

Frau **A. Wiander**, Вас. Остр. 7 л. д. 9. кв. 6.

Sophie Jordan, Вас. Остр., 10 лин. д. 11. кв. 9.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ д. 9, кв. 9.

Fr. **Amalie Schulze**, Офицерская 55/17. кв. 93.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп. д. 5, кв. 18.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

M. Winkler, Моховая ул. д. 29, кв. 5, dei Frau Ewald.

А. А. **Щукина**, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Вѣра Андрѣевна Скорлигина, Невскій пр. д. 98, кв. 6.

Довв. ценв. Спб. 6 Сент. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** **Neue Folge X. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 37 St. Petersburg, 11. (23.) September **1893**

Geburtshülfliche Operationen in der Landpraxis.

Von

Eduard Krüger.

Mitau.

(Schluss).

2.

Die Wendung habe ich 13 Mal ausgeführt und zwar in 12 Fällen wegen Querlage und 1 Mal wegen Placenta praevia. An die Wendung auf den Fuss habe ich allemal die Extraction geschlossen, weil es alle Fälle waren, bei denen schon ohnehin eine lange Geburtsarbeit vorhergegangen und auf ein spontanes Ausstossen der Frucht gar nicht zu rechnen war. Die 12 Frauen, an denen ich die Wendung wegen Querlage vornahm, genasen; die eine mit Placenta praevia starb 8 Tage post partum an Erschöpfung in Folge des Blutverlustes. Bei ihr kam übrigens noch hinzu, dass nach geschehener Extraction des Rumpfes die Zange an den nachfolgenden Kopf gelegt werden musste. Von den Kindern wurden 9 lebend geboren — einmal waren es Zwillinge — 5 waren todt. Hier registrirt Walther ungünstigere Zahlen. nämlich 3 lebende auf 7 todte Kinder.

Anschliessen muss ich hier zwei Fälle, wo ich die Operation nicht zu Ende führen konnte und die beide sehr traurig verliefen. Das eine Mal war es bei einer älteren Mehrgebärenden, welche ich wegen Blutung bei Placenta praevia höchst anämisch vorfand. Ich ging sofort mit der Hand ein, um die Wendung zu machen, neben meinem Arm aber quoll ein solcher Strom von Blut hervor, dass die Frau nur noch wenige Athemzüge that und im wahrsten Sinne des Wortes mir unter den Händen starb, ohne dass ich irgend wie hätte helfen können. Der Arm des Geburtshelfers tamponirt sonst in solchen Fällen ganz prompt. Ein zweites Mal fand ich bei einer ältern Primipara eine faultodte Frucht in Querlage bei completem Tetanus uteri. Die Wehen hatten, wie ich später in Erfahrung brachte, vor fast einer Woche begonnen und die umstehenden lettischen Weiber hatten viel «Pulver», also wohl Secale cornutum[3]), gegeben, welches sie sich leicht zu verschaffen wissen. Eine Wendung war bei der krampfhaften Contraction des Uterus unmöglich und die Fäulniss der Frucht soweit vorgeschritten, dass jedes Stück, an welches der untersuchende Finger gelangte, sich in Fetzen löste. Die Frau war unrettbar verloren und starb gleichfalls bei meiner Anwesenheit.

Beim Kapitel der Wendung macht sich ein grosser Unterschied geltend zwischen klinischer Theorie und landärztlicher Praxis, so namentlich in einem Stücke. Die Lehrbücher der Geburtshülfe empfehlen dringend die Vornahme der Wendung bei noch stehender Blase. Das ist gewiss sehr richtig, aber — wie oft bekommt denn der Arzt in der Landpraxis gegen Ende einer Geburt eine noch stehende Fruchtblase zu sehen? Er wird ja fast immer erst geholt, wenn die Noth am höchsten und das Fruchtwasser schon längst abgeflossen ist. Ein Mal nur bin ich in die Lage gekommen, eine Wendung bei noch intacter Blase vornehmen zu können und das war bei einer Zwillingsgeburt, wo ich das erste Kind bei einer 40-jährigen I-para mit der Zange entwickelt hatte und das zweite sich in Schulterlage zur Geburt stellte. Da habe ich denn allerdings gesehen, wie sehr die noch stehende Blase die Arbeit des Wendens erleichtert. Gewiss aber wird wohl nur höchst selten ein Arzt ausserhalb der Klinik dazu gelangen.

Das Unterscheiden zwischen kindlichem Arm und Bein, deren Verwechslung vielfach als leicht möglich hingestellt wird, habe ich in keinem Falle besonders schwierig gefunden. Der Nacken giebt ein, wie mir scheint, kaum zu missdeutendes differential-diagnostisches Kriterium und ebenso die relativ langen und meist zur Faust geballten Finger der Hand; auch das Knie ist durch die Patella deutlichst gekennzeichnet. Auch das Missgeschick, bei der Wendung dem Kinde Arm oder Bein zu brechen, ist mir

[3]) Uebrigens geben die Weiber auch Schiesspulver ein, in der Idee, es würde auch hier seine treibende Kraft bewähren: «lai issprahkst», sagen sie in rohem Vergleich.

nicht widerfahren. Wohl aber hat mir die Lösung der hinaufgeschlagenen Arme nach der Extraction des Rumpfes bisweilen Schwierigkeiten bereitet.

3.

Zur Perforation des kindlichen Schädels bin ich in fünf Fällen gezwungen gewesen, darunter zwei Mal wegen Hydrocephalus congenitus, zwei Mal wegen Beckenenge höhern Grades und ein Mal, wo ich den Kopf allein vorfand, nachdem der Rumpf durch zu energisches Ziehen abgerissen worden war. In beiden Fällen von Beckenenge hielt ich dies Verfahren für schonender für die Mutter, als die Wendung, die allenfalls noch hätte in Frage kommen können, wegen der voraussichtlich längern Dauer einer solchen und wegen der vielfachen Maltraitage, die vorhergegangen war. Wenn man das öfters zu sehen Gelegenheit gehabt hat, wie sehr solche unglückliche Frauen auf dem Lande von den alten Weibern misshandelt werden, so muss man billig darüber staunen, dass dabei nicht Alle auf den Lauf gehen.

Die genannten 5 Schädelperforationen habe ich theils mit der Scanzoni'schen Kephalotribe ausgeführt, — ein Kranioklast war noch nicht bekannt — theils, in specie bei Hydrocephalus, mit dem scheerenförmigen Perforatorium. Das eine von den hydrocephalischen Kindern lebte nachweislich noch, es musste aber von dem zur Stelle befindlichen Consilium dreier Collegen dem Tode geweiht werden, um die Mutter zu retten. Von den fünf Frauen starben im Wochenbett zwei, ohne dass ich sie zu beobachten Gelegenheit hatte.

An diese Fälle von Perforation gliedern sich folgende, von denen ich den ersten etwas eingehender beschreiben muss. Ich wurde zu einer kräftigen, jungen Erstgebärenden, die 18 Werst von meinem damaligen Wohnort entfernt lebte, geholt und fand bei Querlage einen Arm vorgefallen, beziehungsweise herausgerissen. Der Uterus hatte sich tetanisch so eng um die Frucht gelegt, dass es in keiner Weise möglich war, auch nur mit einem Finger hineinzugelangen. Die Möglichkeit der Vornahme einer Wendung war also ausgeschlossen. Ich wusste mir nicht andern Rath, als folgendermaassen vorzugehen: Ich liess den vorgefallenen Arm in der Richtung nach oben hin anziehen, um etwas mehr Operationsfeld frei zu haben, ging dann mit dem Nägele'schen scheerenförmigen Perforatorium an die Stelle, die ich allein erreichen konnte, also in die Achselhöhle des Kindes, entfernte vermittelst der Chiari'schen Excerebrationspincette erst einzelne Rippen, dann was ich an Brusteingeweiden erreichen konnte, bis ich mit demselben Instrument die Wirbelsäule fassen und durch Drehung um die Axe zerbrechen konnte. Nun erst hatte ich soweit Platz geschafft, dass ich, immer noch mit grosser Mühe, wenden und extrahiren konnte.

In dieser oder doch sehr ähnlicher Weise hatte ich späterhin noch einige Mal Gelegenheit und Nöthigung vorzugehen. Da erst las ich in der St. Petersb. med. Wochenschrift ein Referat von Ernst Bidder darüber, dass Schultze in Jena eine solche Operation als neu von ihm ausgeführt beschrieben habe und zwar unter dem, wie mir scheinen will, sehr wenig glücklich gewählten Namen der Evolutio artificialis.

Da stossen wir wieder auf einen wesentlichen Unterschied zwischen Klinik und Landpraxis. Schultze bekam erst nach langjähriger klinischer Thätigkeit einen solchen Fall zu Gesicht, bei dem er in der beschriebenen Weise handeln musste, während mich dasselbe zu thun schon Jahre vor ihm die grosse Lehrmeisterin, die dura necessitas, gelehrt hatte. Das erklärt sich sehr leicht: solche verschleppte Fälle kommen eben nur höchst ausnahmsweise in die Klinik, weil, wo eine Klinik ist, auch bald Hülfe zu finden ist, während der Landarzt ein derartiges Verschleppen als alltäglich anzusehen sich gewöhnen muss.

Von den fünf Frauen, welche ich vermittelst «Evolutio artificialis» entband, starb eine, und bei dieser war das bekannte Maltraitiren von Seiten der Umgebung in ganz besonders brutaler Weise exercirt worden: ein Mann hatte an dem vorgefallenen Arm des Kindes mit angestemmtem Fuss — grade wie er es beim Festziehen seines Kummets zu thun gewohnt war — so lange gezogen, bis er ihn abgerissen hatte. Welches Maass angewendeter Muskelkraft dazu gehört, lehren die Experimente, welche unser verstorbener College Strauss in Talsen an todtgeborenen Kindern angestellt hat: er fand, dass eine Belastung der Füsse bis zu 240 Pfund erforderlich ist, um ein Abreissen des Kopfes zu Wege zu bringen. Die übrigen vier Frauen genasen und weiss ich namentlich von einer, grade der ersten, dass sie später lebende Kinder ohne Kunsthülfe geboren hat.

4.

Von Operationen in der Nachgeburtsperiode habe ich ausschliesslich die manuelle Entfernung der Placenta ausgeführt, sei es, dass sie adhärent war, oder incarcerirt, oder aber beides. Es ist eine verhältnissmässig grosse Anzahl von Fällen, in denen ich mich zu diesem Eingriff veranlasst sah, nämlich 37, das ist 22 pCt. aller meiner geburtshülflichen Operationen, welche die Zahl 162 ausmachen. Zu berücksichtigen ist dabei wiederum, dass es sich fast immer um verschleppte Fälle handelte und von diesem Gesichtspunkte aus gesehen, erscheint die Zahl der Todesfälle nach Placentalösungen nicht gross: sie betrug bei mir 3, das sind 8 pCt., während Walther 6 pCt. zählt. Ein Vorwiegen von Mehr- über Erstgebärende ist vorhanden, jedoch gering: ich hatte 21 Multi- und 16 Primiparae. Die Mortalitätsziffer der erstern mit der der letztern verglichen, verhält sich wie 5 zu 3; die eine von den Multiparen war fast in extremis, als ich hinzukam und zu der einen Primipara wurde ich erst am dritten Tage post partum hingerufen, wo sicherlich schon septische Infection etablirt war.

Wenn in der klinischen Lehre betont wird, man möge bei zögernder Ausstossung der Nachgeburt mit der künstlichen Entfernung derselben «so lange wie möglich» warten, so ist das principiell gewiss richtig. Aber erstens kommt der Landarzt, wie gesagt, in den meisten Fällen zu den Kranken, wenn schon ohnehin viel zu lange gewartet worden ist, und zweitens wird ein solches «so lange wie möglich» von den verschiedenen Geburtshelfern sehr verschieden interpretirt. Wenn ich in der Lage gewesen bin, die Zeit zu bestimmen, so habe ich mit der manuellen Entfernung der Placenta, wenn Crédé nicht geholfen hat, nicht länger gezögert, als in maximo zwei Stunden post partum; denn ich glaube fest: «was darüber ist, ist vom Uebel». Wenn Walther sagt, ein Zaudern bei der Entfernung der Nachgeburt werde von den Kranken und deren Umgebung viel leichter verziehen, als das Zaudern beim Anlegen der Zange, so stimme ich dem vollständig bei, nur mit der Reserve, dass das Gefallen oder Missfallen der Puerpera oder deren Angehörigen nicht so weit auf unser Handeln influiren darf, dass wir durch zu langes Zuwarten der Kranken schaden, und mir scheint es zweifellos, dass eine Zersetzung der Placenta schon sehr frühe eintritt und noch zweifelloser, dass durch solch eine faulende Placenta einer baldigen septischen Infection Thür und Thor geöffnet ist. Auch die Ansicht Walthers, dass «wenn dem Uterus längere Zeit zur Ruhe gegeben wird, am besten eine folgende Atonie desselben vermieden wird», scheint mir wenig stichhaltig, da ja grade Atonie des Uterus in vielen Fällen an der Verzögerung der Lösung, resp. Ausstossung der Placenta die Schuld trägt.

Die Aseptik habe ich auch bei den in Rede stehenden Eingriffen nach Möglichkeit walten lassen, indessen hier ist das Gesagte erst recht zu wiederholen: bei den

meist vorhandenen antihygienischen Zuständen in der Landpraxis ist eine solche Aseptik in Wahrheit doch nur eine gedachte, so zu sagen akademische. Ich habe in einem Falle mehr als eine Stunde uno tenore arbeiten müssen, um Placentarreste aus einem sanduhrförmig abgesackten Divertikel des Uterus zu entfernen, wobei ich mit den Händen wiederholt wechseln musste, weil diese und die Finger erlahmten, habe dabei nur Sublimatseife in Anwendung gezogen, zuletzt doch nicht einmal Alles ausräumen können und — die Frau, deren Wohnort ca. 24 Werst von dem meinigen entfernt war, hat nach späteren Referaten des Mannes ein fieberfreies Wochenbett durchgemacht und ist vollständig genesen: nach Jahresfrist kam sie wieder nieder, bei welcher Gelegenheit ich die Zange appliciren musste.

Das Entfernen von Placentar- oder Eihautresten ist meist eine sehr schwierige und zuweilen ganz ausserordentlich aufreibende Arbeit und die gewiss sehr zu empfehlende Fortschaffung von solchen Residuen vermittelst der Ecochleation halte ich für aussichtsreich, leider nur wiederum ohne geschulte Assistenz, zu der der Landarzt so selten kommt, unthunlich. Ich bin aber zu der Ueberzeugung gelangt, dass die Furcht vor dem Zurückbleiben von minimalen Eihautresten ungerechtfertigt ist und übertrieben wird: solche werden ganz sicher spontan mit dem Lochialfluss hinausgespült, wie es z B. in dem eben beschriebenen Falle anstandslos geschehen sein muss, und wenn ein College ein winziges Stückchen Eihautrest herauslöffelt und dann die tröstliche Versicherung giebt, er sei nun ganz beruhigt, so imponirt mir das sehr wenig, — den urtheilslosen Umstehenden freilich um so mehr.

Walther hat einmal eine tödtliche Blutung erlebt, wo die Placenta mit allem Zubehör richtig geboren war und hat als Quelle dieser Hämorrhagie einen kleinen Riss zwischen Clitoris und Urethra gefunden, was sicherlich ein im höchsten Grade seltenes Vorkommniss sein dürfte. Wenn aber Dührssen den Rath giebt, bei Blutungen nach Ausstossung der Nachgeburt den Uterovaginalkanal mit 10-procentiger Jodoformgaze zu tamponiren, so kann das wieder nur an die Klinik adressirt sein, denn den Landarzt möchte ich sehen, der allein mit der Kugelzange und dem sonstigen nicht ganz einfachen Apparat, wie er zu solchen Manipulationen gehört, wirthschaften möchte! — Einen andern Vorschlag dagegen, den Walther macht, halte ich für sehr beachtenswerth, auch für den Landarzt, weil er nicht nur an sich rationell ist, sondern zugleich die Möglichkeit der praktischen Ausführung gegeben sein dürfte, nämlich den, bei excessiven Blutungen in der Nachgeburtsperiode die Hypodermoklyse anzuwenden, d. h. die subcutane Injection von kochsalzhaltigem Wasser.

5.

Bei der Behandlung des **Abortus** stehen sich wieder die Hyperactiven und die Cunctatoren gegenüber und bei dieser Materie stehe ich für meine Person auf der Seite der Letzteren. So sehr ich bei der Application der Zange und bei der Entfernung der Placenta gegen ein langes unthätiges Zaudern bin, so sehr bin ich zu der Ueberzeugung gelangt, dass beim Abort Abwarten das Richtigere ist, wenigstens gewiss vom Standpunkte des Landarztes aus betrachtet. In dieser Beziehung muss ich Walther völlig beistimmen, wenn er sagt: «unerschrockene, erfahrene und gewandte Geburtshelfer, namentlich solche auf dem Lande, gehen Aborten am liebsten aus dem Wege, weil sie eben nach activen Eingriffen niemals die Befriedigung gefunden haben, wie bei sonstigen Operationen, sondern nur Enttäuschungen». In der That: wenn nicht sehr hochgradige Hämorrhagie oder sonst wirklich Drohendes zum Einschreiten zwingt, so ist, meine ich, eilige Activität, die leicht zur Voreiligkeit wird mindestens unnöthig. Es sieht immer schlimmer aus, als es factisch der Fall ist und thatsächliches Verbluten ist bei und nach Aborten wohl die grösste Seltenheit. Eine langsame Convalescenz freilich schliesst sich ziemlich regelmässig an einen Abortus, wenn der Blutverlust ein starker war, wie allemal nach einem solchen, einerlei aus welchen Gründen er entstanden sein möge.

Ein gewisser Widerspruch zwischen Lehrbüchervorschlägen und Praxis ist auch hier wiederum vorhanden: wir lernen Alle, dass man bei Anzeichen von drohendem Abort diesen zunächst aufzuhalten suchen solle. Demgemäss wird die erkrankte Frau im Bett gehalten, Opium ordinirt u. s. w. Es ist aber in Wirklichkeit ein grosser Unterschied zu machen zwischen dem Werth der einzelnen Symptome. Sind nur Schmerzen da und seien es auch «wehenartige», so ist noch nichts verloren, in den meisten Fällen hören die Schmerzen auf und die Gravidität geht ihren normalen Gang weiter. Zeigt sich aber Blutung, ist also eine Lösung der Eihäute erfolgt, so ist der Abort thatsächlich im Gange und fast nie aufzuhalten. Eine Ausnahme von dieser Regel, aber nur eine scheinbare, bilden die Fälle, in denen Frauen in den ersten Monaten der Schwangerschaft noch menstruirt sind, — was garnicht so selten vorkommt. Wenn man sich verleiten lässt, in einer solchen Menstrualblutung einen drohenden Abort zu sehen, so glaubt man wiederholt durch die entsprechenden therapeutischen Maassnahmen eine Fehlgeburt verhindert zu haben. Man begeht also einen Trugschluss, weil die Prämisse falsch war.

Beim Zurückbleiben von Eihautresten nach Aborten würde ich übrigens grosse Neigung haben, jedes Mal zur Cürette zu greifen, vorausgesetzt, dass ich zur passenden Zeit passende Assistenz fände. Der scharfe Löffel ist überhaupt ein schönes und in sicherer Hand segensreiches Instrument — nur darf nicht Unfug mit ihm getrieben werden. Es ist doch gewiss keine andere Benennung dafür zulässig, wenn manche Gynäkologen geneigt sind, nach jeder Menstruation die Uterushöhle auszukratzen.

6.

Placenta praevia ist von allen pathologischen Zuständen in der Obstetrik derjenige, den ich am meisten fürchte und zu fürchten Grund habe. Ich habe nur fünf solcher Fälle registrirt und von diesen sind mir zwei Frauen unter den Händen geblieben, eine war eben, als ich ins Zimmer trat, verschieden und zwar verblutet, und nur zwei genasen, davon die eine nach langem Siechthum. Weil es mit der Placenta praevia meist so unheimlich rasch verläuft, ist der Geburtshelfer so machtlos dagegen, ganz besonders wieder der auf dem Lande.

Ueber das Verfahren bei vorliegendem Mutterkuchen kann wohl füglich von einer Meinungsverschiedenheit nicht die Rede sein: da die Tamponade kaum sehr verlässlich ist — der Kolpeurynter stürzt leicht zugleich mit einem Blutstrom hervor — so kann die Parole nur heissen: möglichst schnelle Beendigung der Geburt, da das der einzige sichere Weg zur Stillung der sonst oft verzweifelten Blutung ist. Auf den sehr günstigen Fall, der ja bei lateraler Placenta praevia manchmal eintritt, dass nämlich nach Beginn der Wehen der herabtretende Kopf den Tampon abgiebt, darf man nicht rechnen.

7.

Als letztes Glied in der Reihe muss ich noch den Nabelschnurvorfall erwähnen. Er kommt zum Glück nicht oft vor. Das Reponiren der einmal vorgefallenen Nabelschnur nennt Boer «eine danaidische Arbeit» — mit Fug, denn es sind auch in der That die Repositionsversuche fast immer erfolglos; gelingt es auch einmal, den Nabelstrang zurückzubringen, so kommt er bei der nächsten

Wehe doch wieder zum Vorschein. Falls der Kopf nicht zangengerecht steht, was selten genug der Fall sein wird, da Nabelschnurvorfall doch fast allein bei Beckenend- oder Querlagen vorzukommen pflegt, so muss schleunigst zur Wendung geschritten werden und dabei sind die Kinder fast immer schon abgestorben, wenn man sie glücklich extrahirt hat.

Ueberhaupt sind nach meinen Erfahrungen, abgesehen von den verstümmelnden Operationen, die gefährlichsten geburtshülflichen Fälle, was das Leben des Kindes anlangt, der Nabelschnurvorfall, Placenta praevia und Eklampsie der Mutter.

Ich habe gewiss keinen Widerspruch zu gewärtigen, wenn ich sage: der Lebenspfad des Landarztes lässt sich mit dem des Collegen in der Stadt an Dornenreichthum nicht vergleichen. Der Landarzt ist fast stets nur auf sich angewiesen, er ist und bleibt in den schwierigsten Fällen am Krankenbett, wo er manchmal ein Stück seines Lebens hingäbe für eine Consultation mit einem Collegen, allein mit seinem Wissen und Gewissen; die Last der Verantwortlichkeit ist eine schwere und das Publicum meist so wenig einsichtig, dass es dem Arzte auch die alleinige Verantwortlichkeit zuzuschieben nicht ermangelt. In den Augen dieses Publicums ist der Arzt i m m e r schuld an einem ungünstigen Ausgange. Ist der Ausgang aber ein glücklicher, nun — so hat «der Mohr seine Schuldigkeit gethan und kann gehen», und mit diesem, wenn auch nicht gesprochenen, so doch gedachten Wort ist dann der Arzt dafür, dass er seinen besten Willen, seine ganze Kraft, oft seine Gesundheit und sein Leben drangesetzt hat abgelohnt und abgethan. Da bleibt denn doch nur, will man nicht ganz verzagen, das Bewusstsein, seine Pflicht gethan zu haben, und der feste Wille, den schweren, undankbaren und trotz alledem **doch** schönen Beruf hochzuhalten.

Zum Schluss setze ich die beherzigenswerthen, weil sehr wahren Worte W a l t h e r s aus seiner angezogenen Arbeit hierher: «In einer Zeit, wo das Zutrauen zu den Aerzten im Rückgange ist trotz der enormen Fortschritte der Medicin in allen ihren Zweigen; wo das Publicum nur zu oft das Gute danklos annimmt und gleich bereit ist, das Unmögliche zu verlangen; wo auch der oberflächlichste Quacksalber ungeahnte und unverdiente Triumphe feiert; – in einer solchen Zeit ist Begeisterung für die altehrwürdige Wissenschaft, der wir unsere Kraft und unser Leben geweiht haben, Idealismus und echte Humanität fürwahr von Nöthen»!

Referate.

Dr. M e n d i n i: Zur Beleuchtung des Schlachtfeldes. (Giornale medico del R. esercito e della R. marina. Juni 1892. ref. in Deutsche milit.-ärztl Ztg. 1892. Heft 12).

18. April 1892, von 8—10 Uhr Abends Versuch vor der porta Salaria bei Rom, bei ungünstigem Wetter (starker Regen, mässiger Wind), schwierigem Gelände. — Der Apparat (Beleuchtungskörper) wurde auf einem Bataillons-Karren geführt und von 3 Pionieren bedient. Vorher hatten sich 20 kriegsmässig ausgerüstete Mannschaften in der Umgegend zerstreut, von denen 10 mit rothen Diagnosentäfelchen, Leichtverwundete, 10 mit weissen Diagnosentäfelchen Schwerverwundete darstellten; die Ersteren sollten auf das Licht langsam zukommen, die letzteren aufgesucht werden, sich nur durch Stöhnen etc. verrathen.

3 Krankentragen, jede von 3 Mann bedient (2 Träger, 1 mit dem Sanitätstornister, vorschriftsmässiger Laterne und einer brennenden Fackel). Bei dem hügeligen Terrain war bei dem Lichte der Lampe ein 350 Meter entfernt auf einem Hügel liegendes Haus gut erkennbar. — Lampe altes System «Wells» bei der durch einen überhitzten Luftstrom ein billiges Mineralöl unter sehr heller Flamme zur Verbrennung gebracht wird.

20 Minuten nach Ausrücken der Trage kam der erste Leichtverwundete bei der Lampe an und nach 3/4 Stunden waren alle 10 Leichtverwundete eingetroffen. Eine halbe Stunde nach dem Ausrücken kamen die Tragen beladen zurück und 2 Tragen hatten nochmals einen Erfolg, es waren 5 von 10 Schwerverwundeten also 50 pCt. gerettet. Um 10 Uhr wurde der Versuch wegen des Regens unterbrochen. — 5 Schwerverwundete wurden nicht gefunden, weil sie sich im Gebüsch, tiefen Gräben, Vertiefungen verborgen hatten, die Anderen wurden bei dem Licht der Lampe oder Fackel gefunden.

Die Lampe brannte 2 Stunden ohne Störung, verbrauchte 5 kg. des billigen Mineralöls die Stunde (0,25 lire d. kg.). Der zeitweilig starke Regen löschte die Lampe nicht aus, minderte aber die Entfernung der Leuchtkraft. Unter der Lampe war ein Raum von c. 100 m. im Quadrat so hell erleuchtet, dass man Operationen hätte ausführen können. In 1½ Klmeter Entfernung sah man während des strömenden Regens ein s t a r k e s Licht. Die Leichtverwundeten kamen aus einem Umkreise von 1 Klmeter auf das Licht zu.

M e n d i n i hält die am 4. März 1892 auf dem Tempelhofer Felde von S i e m e n s und H a l s k e vorgenommene Beleuchtungsprobe nicht für befriedigend, wegen der Complicirtheit des Apparats (besondere Fachleute als Bedienung) und der Schwere desselben: (der gebrauchte Wagen mit Ausrüstung wog 200 kg. der Motor 200 kg.) und des grossen Verbrauchs von Petroleum resp. Benzin (80 kg. die Stunde). G r i m m.

R. S i e v e r s (Helsingfors): Ueber Incision und Drainage bei Pyopericardium. (Zeitschr. für klin. Medicin Bd. 23. pag. 26.)

Nach einem historischen Bericht über chirurgische Eingriffe am Pericardium beschreibt S. ausführlich die Krankheitsgeschichte einer an septico-pyämischer Infection erkrankten Patientin von 22 Jahren, die ausser acuter Nephritis, rechtsseitiger Pleuropneumonie und linksseitiger serös-eitriger Pleuritis eine serös-eitrige Pericarditis bekam. Die Herzdämpfung reichte oben bis zur 2. Rippe, links bis zur mittleren Axillarlinie und rechts bis zum rechten Sternalrand. Nach Probepunction wurden 300 Ccm. Flüssigkeit aus dem Herzbeutel aspirirt und da das den sehr bedenklichen Zustand der Kranken nur unbedeutend besserte, schritt S. zur Incision und Drainage des Pericardium im 3. Intercostalraum, 2 Cm. vom Sternalrand. Der Erfolg war zunächst günstig, doch starb Patientin am 9. Tage nach der Operation (nicht am 13. Tage, wie im Text angegeben ist). Die mit Punction, resp. Aspiration behandelten Fälle von eitriger Pericarditis sind alle gestorben. Von 12 Fällen, bei denen der Herzbeutel durch Schnitt eröffnet und drainirt wurde, genasen 5 — ein überraschend günstiges Resultat. In allen diesen Fällen lagen keine schweren Complicationen vor (nur seröse oder eitrige linksseitige Pleuritis, einmal acute Osteomyelitis, einmal primäre uncomplicirte Pericarditis). Die Todesfälle sind den schweren Complicationen, resp. der allgemeinen septischen Infection zuzuschreiben; einmal trat der Tod ein, während der Herzbeutel ausgespült wurde. Die Spülungen scheinen überhaupt nur schädlich zu wirken, wenigstens die Heilung zu verzögern — wie das von R u n e b e r g auch für Pleuraempyeme nachgewiesen ist. — Das definitive Heilungsresultat bei den am Leben gebliebenen Kranken war vorzüglich, die körperliche Leistungsfähigkeit erlitt keine Einbusse. — S. stellt folgende Sätze auf:

1. Eine Operation bei eitriger Pericarditis ist vollkommen berechtigt, die Ausführung derselben hat keine störende Einwirkung auf die Arbeit des Herzens, und sie bietet die einzige Möglichkeit zur Rettung dar.

2. Die Operation kann in vielen Fällen zu vollständiger Genesung führen und kann bei complicirten pyämischen Affectionen wenigstens wesentlich den Zustand des Patienten verbessern und das Leben verlängern.

3. Die Operation wird am besten durch Incision im 4 oder 5 Rippeninterstitium, einige Centimeter links vom Sternum gemacht; Drainage soll vorgenommen, Spülung der Pericardialhöhle aber am besten unterlassen werden.

W a n a c h.

In der Berliner medicinischen Gesellschaft (Sitzung vom 21. Juni 1893) hielt Prof. L i e b r e i c h einen Vortrag über die von K o c h ausgearbeiteten Untersuchungsmethoden der Choleradejectionen.

Bekanntlich zerfällt diese Methodik in 6 Theile 1) die mikroskopische Untersuchung 2) die Peptoncultur 3) die Gelatineplattencultur 4) die Agarplattencultur 5) die Cholerarothreaction, 6) der Thierversuch. Gegenüber dem Punkt 1 wendet L. ein, dass die von K o c h als für die Choleraculturen charakteristisch hingestellte Anordnung der Bacillen nur den allgemeinen Principien der Chemotaxis entspreche. Von der Peptoncultur gestehe K o c h selber zu, dass man «schliesslich im Zweifel sein könne, ob die gekrümmten Bakterien Cholerabakterien sind». Die dritte Probe — die Gelatineplattencultur leide an dem Uebelstand, dass schon geringe Unterschiede in

der Zusammensetzung der Gelatine ein abweichendes Aussehen der Bakterien hervorbringen, ausserdem zeigen die älteren Culturen ein ganz atypisches Wachsthum. Ebensowenig kann auch die Agarplattencultur als sichere Methode gelten. Es bleiben somit als entscheidende Merkmale: Die Cholerarothreaction und der Thierversuch. Was die erstere anbetrifft, so sei sie keineswegs, wie Koch behauptet, für die Cholerabacillen charakteristisch; sie sei nur eine Reaction der Fäulnissbakterien. Bei allen Fäulnissprocessen wird Indol und von den Bakterien vielfach auch Nitrite aus faulendem Eiweissstoff gebildet, das genüge, um bei Anwesenheit einer Mineralsäure die Rothreaction zu erzeugen. Salkowski hat ihren chemischen Zusammenhang aufgedeckt und Brieger gegenüber gezeigt, dass der Farbstoff für die Cholera nicht charakteristisch sei. Gegenüber den Thierversuchen führt L die Klein'schen Versuche an, welche ergaben, dass der Vibrio von Finkler, der Bacillus coli, Proteus vulgaris und der B. prodigiosus ganz dasselbe Bild hervorrufen, welches Pfeiffer durch Einspritzung von Cholera-Agarculturen erhalten hat. Gruber und Wiener fanden, dass Cholerabakterien verschiedener Provenienz durchaus nicht immer das von Pfeiffer beschriebene Vergiftungsbild erzeugen. L. weist ferner darauf hin, wie auch bezüglich anderer Eigenschaften der Cholerabacillen die grösste Unsicherheit herrscht (die Häutchenbildung in Bouilloncultur, die verschiedenen Angaben über das Verhalten der Cholerabacillen zur Milch etc.) L. giebt zu, dass in der Aetiologie der Cholera das Wasser eine grosse Rolle spiele, doch sei bis jetzt durchaus nicht erwiesen, dass die Ursache der Krankheit in den Kommabacillen zu suchen sei, es stehe nur fest, dass sie Begleiterscheinungen der Cholera sind; die Hauptrolle bei der Entstehung der Krankheit spielt der Organismus selbst, die Zelle; diese erkranken primär und werden dadurch für die Bakterien empfänglich. L. weist darauf hin, dass Pneumoniecoccen und Diphtheriebacillen gefunden werden, ohne dass Pneumonie und Diphtherie vorhanden sind; auch zeigte Zuelzer, dass unempfängliche Thiere durch Atropin empfänglich gemacht werden können; Tauben können erst durch Hunger mit Milzbrand inficirt werden. Zum Schlusse betont Liebreich, dass er kein Feind der Bakteriologie sei, dass er sich nur gegen die einseitigen ätiologischen Anschauungen der Bakteriologen wenden wolle.

(Therap. Monatshefte, Heft 7).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

M. Martin: Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten. 3. umgearbeitete Auflage 1893. Urban und Schwarzenberg.

Dieses weit verbreitete Buch bedarf beim Erscheinen einer neuen Auflage kaum einer Empfehlung. Es unterscheidet sich von anderen Büchern, die dasselbe Thema behandeln durch prägnante Kürze, wobei besonders Hypothesen und theoretische Auseinandersetzungen möglichst kurz abgehandelt werden. Dagegen ist alles für die Praxis Wichtige genügend berücksichtigt. Bei der Besprechung der Therapie ist die Ausführlichkeit der Beschreibung besonders der kleinen Operationen zu loben. Man braucht nur das Kapitel, das die plastischen Operationen an Vagina und Damm behandelt aufzuschlagen, um sich davon zu überzeugen. Grössere Operationen sind kürzer abgehandelt, sie gehören naturgemäss nicht in ein Lehrbuch. Die äussere Ausstattung des Buches ist eine vorzügliche, man kann an demselben kaum etwas aussetzen.

W. Beckmann.

Auszug aus den Protokollen
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 5. April 1893.

1. Dr. Moritz stellt einen 34-jährigen Kranken mit Lebercirrhose wahrscheinlich auf luetischer Grundlage vor. Es handelt sich um einen Weichensteller, welcher am 28. Dec. 1892 fast leblos und im höchsten Grade anämisch ins Alexander-Hospital für Männer aufgenommen worden. Derselbe war zwei Tage vorher plötzlich unwohl geworden. Es hatte sich heftiges Blutbrechen eingestellt ohne Husten, doch hatte Pat. in letzter Zeit am Magen gelitten. Auf den Lungen war nichts Abnormes nachweisbar, am Herzen sehr leise aber reine Töne. Puls kaum fühlbar. Das Epigastrium aufgetrieben und druckempfindlich. Urin normal. Infolge dessen wurde zunächst Ulcus ventriculi angenommen. Die Behandlung bestand in äusserst vorsichtiger Ernährung durch Milch, Opium, Ruhe. Hochlagerung und Flanell-Einwicklung der Beine, Wärmflaschen. Am Abend des zweiten Tages trat Schwindel auf, der Puls sehr klein. Am nächsten Tage wieder Blutbrechen und schwarz gefärbte Stühle. Das Blut sehr hell, zeigte bei der mikroskopischen Untersuchung reichliche weisse Blutkörperchen und eine starke Geldrollenanordnung der rothen. Der Leib gross. Temp. subfebril. Am 10. Januar ergab sich Verdacht auf Ascites und schien die Leber an diesem Tage etwas gross. Am Abend heftiger Frostanfall, die Temperatur stark erhöht. Zugleich waren die Scleren leicht ikterisch. Im Laufe der nächsten Tage ging die Temperatur wieder auf c. 38° zurück, der Leib nahm zu und eine am 21. Krankheitstage ausgeführte Probepunction ergab stark eiweisshaltige Ascitesflüssigkeit. Der gleichzeitig ausgeheberte Mageninhalt erwies Abwesenheit von Salzsäure, wodurch die Diagnose Ulcus ventriculi sehr unwahrscheinlich wurde. Um den Unterleib genauer untersuchen zu können, wurde derselbe punctirt, wobei 3 Liter Flüssigkeit abgelassen wurden. Man fand die Milz sehr gross, die Leber gleichfalls gross, ohne dass sich jedoch an dem vorderen Rande oder der Oberfläche der letzteren deutliche Unebenheiten nachweisen liessen. Dr. Moritz ist geneigt, als Ursache des heftigen Blutbrechens Portalstauung infolge von Lebercirrhose anzunehmen, bei welcher sich im unteren Abschnitte des Oesophagus varicöse Venen bilden, aus welchen profuse Blutungen erfolgen können. Ob es sich um die hypertrophische oder atrophische Form handelt, ist nicht sicher nachweisbar, wie sich auch für Lebercirrhose überhaupt in diesem Falle keine absolut sicheren anamnestischen Momente eruiren lassen: Pat. leugnet Lues und soll auch kein Trinker sein. In der Folge mussten in etwa wöchentlichen Intervallen noch 6 mal zu 4–6 Liter Ascitesflüssigkeit entleert werden, wobei Pat. in 7 Wochen im Ganzen 34 Liter auf künstlichem Wege verlor, ohne dass sich sein precärer Zustand im Geringsten besserte. Schliesslich schien luetische Ursache doch am wahrscheinlichsten. Es wurde Jodkali (1,0 pro die), Schwitzkasten und feste Leibbinde in Anwendung gezogen. Dabei nahm der Ascites bald ab und schwand endlich ganz. Die subfebrilen Temperaturen gingen zur Norm zurück. Die Leber ist im Laufe der Zeit kleiner geworden, die Milz hingegen gross geblieben. Es besteht ferner eine druckempfindliche Resistenz in der rechten Seite des Leibes, etwa in der Gegend des Coecum, — vielleicht ein Exsudatrest des resorbirten Ascites. Pat. hat sich bedeutend erholt, ist schon seit einigen Wochen zu Hause und im Begriffe wieder in Dienst zu treten.

2. Dr. A. Selenkoff hält einen kurzen Vortrag mit Krankenvorstellung «zur operativen Behandlung der Pylorostenose».

Nach gedrängter Darlegung der Symptomatologie und Aetiologie der verschiedenen Formen der genannten Erkrankung, spricht er den Wunsch aus, man möge in dunklen Fällen auf Detaildiagnose verzichten, da zu viel Zeit darauf gehen könnte, so dass schliesslich die Kräfte des Patienten zu einer Operation nicht mehr hinreichten. Die Detaildiagnose, und damit die Wahl des modus operandi sei eben häufig erst bei schon eröffneter Bauchhöhle zu treffen und müsse also dem Chirurgen überlassen werden. Der Nachweis einer stabilen resp. progressiven Stenose genüge, um ohne Verzug zum Messer zu greifen. Jede Magenoperation sei also in erster Linie eine Probelaparotomie, welche ja unter guten Verhältnissen einen ganz ungefährlichen Eingriff darstellt. Die in Betracht kommenden Operationen sind folgende:

1. Resectio pylori, bei bösartigen Tumoren nur in einzelnen Fällen mit Erfolg ausgeführt, bei Ulcus simplex und Narbencontraction in vielen Fällen, doch mit einer noch zu bedeutenden Sterblichkeit.

2. Gastroenterostomie. Palliative Operation bei inoperablen Tumoren, hatte bisweilen bei Ulcus radicalen Erfolg. Vom Vortragenden 3 mal ausgeführt, bei Tumoren, mit gutem oper. Erfolge.

3. Digitale Dehnung (nach Loreta), bei einfacher Hypertrophie und Narben ausführbar, — durchaus unzuverlässig in ihren Erfolgen und in Deutschland fast gar nicht geübt. Vom Vortr. 1 mal ausgeführt — ohne Erfolg.

4. Die Pyloroplastik (nach Heinecke-Mikulicz). Bei gutartigen Narbenstenosen (Ulcus oder Verätzung) von nicht zu grosser Ausdehnung (maximum 6—7 Ctm. Länge) ausführbar. Schafft, sozusagen, physiologische Verhältnisse und muss in ihren Indicationsgrenzen erweitert werden; sie wird viel zu selten ausgeführt und könnte oft genug Nr. 1 und 2 ersetzen. (In den letzten Berichten aus der Billroth'schen und Czerny'schen Klinik ist unter 157 Magenoperationen keine einzige Plastik). Die Mortalität von 10 pCt. (von 32 Fällen 3 +) hängt davon ab, dass die Pat. in extremis operirt wurden. Vom Vortragenden ist die Pyloroplastik in folgenden 4 Fällen ausgeführt worden:

1. A. L. 7-jähriger Knabe; 17. Mai 1892 Verätzung mit 50 pCt. ZnCl-lösung. Operation am 11. Juni im klin. Institut. Collaps von 40 Stunden Dauer. Nahrung nach 24 Stunden. Nach 4 Tagen erster Stuhl, nach 9 Tagen Fleischnahrung; am 11. Tage nach Hause entlassen mit 45 Pf. Körpergewicht

10. Juli 55 Pf., im September 60 Pf. (Der Pat. wird der Gesellschaft in blühendem Zustande vorgestellt).

2. Emma R. 32-jährige Nähterin, 6 Jahre Magenbeschwerden. Relative Stenose mit Tumor (Ulcus), stetige Gewichtsabnahme und Arbeitsunfähigkeit. 22. Aug. 1892 operirt im Evang. Hospital. Plastik nur durch Resection des Geschwürsgrundes und innere Naht ermöglicht. Schwere Convalescenz durch acuten Gastroduodenalkatarrh mit Ikterus. Wundheilung gut. Körpergewicht 9. Oct. 39,8 Kilo; 16. Oct. 41,8 Kilo; 23. Oct. 43,15 Kilo; 3. Nov. 45,55 Kilo; 10. Nov. 46,08 Kilo; 17. Nov. 47,42 Kilo; 24. Nov. 48,2 Kilo; 1. Dec. 49,38 Kilo. Pat. ist vollständig arbeitsfähig und wird dem Verein vorgestellt.

3. A. R. 35-jähr. Zeichner hatte Mitte Sept. 1891 conc. HCl geschluckt. 23. Oct. Operation im Alex. Hospital für Männer. Magenfunction gut; im 1. Monat 20 Pfund zugenommen, dann lange Leidensgeschichte (Colitis, Erysipel, Hydrops). 7. März 1893 Tod an Tuberculose. Das Pylorospräparat wird demonstrirt.

4. M. 32-j. Lehrer, Stenosenerscheinungen ohne Tumor und Ulcus, nur hypertrophischer Pförtner. 19. Januar Dehnung nach Loreta; anfangs Zunahme des Körpergewichts in 16 Tagen um 2½ Pfund dann wieder Abnahme auf 83 Pfund. 26. Febr. Pyloroplastik, von da ab Steigerung bis 20. April auf 108 Pf. Pat. wird demonstrirt. Die Einzelheiten werden in einer bald erscheinenden Arbeit veröffentlicht werden. (Autorreferat)

D. Z. Director: Dr. C. v. Lingen.
Secretär: Dr. Jalan de la Croix.

V. Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte in Jurjew (Dorpat) vom 1.—3. Sept. 1893.

Die Betheiligung am diesjährigen Aerztetag war eine so rege, wie nie zuvor: es hatten sich nicht weniger als 136 Collegen versammelt. Diese erfreuliche Thatsache ist wohl zum Theil durch die Wahl des Versammlungsortes zu erklären: war es doch die Stätte, wo so viele — die allermeisten der in den baltischen Provinzen thätigen Aerzte — den Grund zu ihrer Lebensarbeit gelegt hatten, die nach Jahren wiederzusehen es so Manchen drängte. Anderntheils aber wirkte gewiss auch das wachsende Interesse an gemeinsamer Arbeit und die in immer weitere Kreise dringende Würdigung des alten Satzes «Concordia res parvae crescunt» mit. Es ist ein ungemein grosses Verdienst der Gesellschaft livländischer Aerzte, dass sie ihre Jahresversammlungen allen früheren Dorpater Commilitonen so zugänglich und anziehend gemacht hat, dass dieselben immer mehr an Bedeutung auch für die Schwesterprovinzen und für die Collegen aus der Residenz gewinnen. Die Resultate der wissenschaftlichen Verhandlungen werden aus den Protokollen zu ersehen sein. Sowohl Fragen von allgemeiner, communaler Bedeutung als auch Detailfragen auf Specialgebieten sind vielfach gefördert worden. — Die privaten und gemeinsamen geselligen Vereinigungen trugen einen so herzlichen Charakter, dass wohl den Meisten das Scheiden aus der gastlichen Stadt schwer geworden sein mag. Die Anknüpfung neuer, die Auffrischung alter persönlicher Beziehungen brachte für so manchen der Theilnehmer Anregung auch für die Zukunft. — Hoffen wir, dass auch der nächste Aerztetag, der in Wolmar stattfinden soll, so fruchtbringend verläuft und so reichlich beschickt wird, wie der diesjährige.

W.

Vermischtes.

— Der Professor der Geburtshülfe, Frauen- und Kinderkrankheiten an der Universität Jurjew (Dorpat), Dr. Otto Ernst Küstner, ist definitiv zum Professor und Director der gynäkologischen Klinik der Universität Breslau ernannt worden und siedelt noch in diesem Semester nach Breslau über. In ihm verliert die Universität Jurjew (Dorpat) wiederum eine anerkannt tüchtige Lehrkraft.

— Am 1. September beging der hiesige, auch in weiteren Kreisen bekannte Arzt, wirkl. Staatsrath Dr. Nikolai A. Wakulowski das 50-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit im engen Kreise seiner Familie. Der Jubilar hat seine medicinische Ausbildung an der medico-chirurgischen Academie erhalten. Bei der Absolvirung des Cursus im Jahre 1843 wurde er mit der goldenen Medaille, der Prämie des Professors Busch und mit der Eintragung seines Namens auf die Marmortafel der Academie ausgezeichnet.

— Bei der am 16. August an der Universität Jurjew (Dorpat) stattgehabten Immatriculation sind im Ganzen 53 Personen in die Zahl der Studirenden neu aufgenommen worden, von denen 20 für die theologische Facultät, 19 für die medicinische, 6 für die physiko-mathematische, 5 für die juristische und 3 für die historisch-philologische Facultät inscribirt wurden. Der Zugang an Studenten ist somit wieder ein auffallend geringer, namentlich macht sich auch die geringe Zahl der neueingetretenen Mediciner bemerkbar. Im Ganzen betrug die Zahl der Studirenden am 16. August 1338 (gegen 1558 im Vorjahre) und zwar vertheilt sich diese Zahl auf die einzelnen Facultäten, wie folgt: zur medicinischen Facultät gehören 791 (gegen 851 zu Anfang dieses Jahres), zur theologischen Facultät 231, zur physiko-mathematischen 155 zur juristischen 103 und zur historisch-philologischen Facultät 58 Studirende. Dazu kommen noch etwa 130 Pharmaceuten als freie Zuhörer, da auf Grund der neuen Regeln für die Studirenden die Pharmaceuten nicht mehr zu den Studenten gehören, sondern der Kategorie der freien Zuhörer zugezählt werden.

— Ordensverleihungen: Der St. Stanislaus-Orden I. Classe: — dem Professor der Physiologie an der militär-medicinischen Academie Fürst Tarchan-Mourawow und dem Gehilfen des Militär-Medicinal-Inspectors des Turkestan'schen Militärbezirks, wirkl. Staatsrath Dr. Seeland. — Der St. Wladimir-Orden III. Classe — den Divisionsärzten: der 2. kaukasischen Kosakendivision, Roman Woldemar Brehm und der 35. Infant.-Divis. Joseph Talko.

Dem Oberarzt des hiesigen klinischen Militär-Hospitals, wirkl. Staatsrath Dr. I. Ssorokin, ist ein Brillantring mit dem Namenszuge Sr. Kaiserlichen Majestät verliehen worden. — Bestätigt: der Arzt der Direction der Kaiserlichen Theater, Staatsrath Dr. Bogomolow, als ausserordentlicher Professor der medicinischen Chemie an der Universität Charkow.

— Verstorben: 1) Am 5. August im Badeorte Kösen (in Thüringen) der in weiten Kreisen bekannte, als Arzt und Mensch gleich angesehene Senior der Kösener Landärzte, Geh. Sanitätsrath, Dr. Otto Rosenberger, im Alter von 87 Jahren. In ihm ist wiederum einer der ältesten der noch lebenden ehemaligen Jünger der Dorpater Hochschule hingeschieden. Am 26. Aug. 1806 in Kurland geboren, studirte R. anfangs in Königsberg, dann von 1828—30 in Dorpat Medicin. Nach Absolvirung seiner Studien wandte er sich wieder in's Ausland, wo er im Jahre 1833 das Soolbad Kösen in Thüringen begründete, welches er eine lange Reihe von Jahren leitete und zur Blüthe brachte. Erst im Jahre 1886 also im Alter von 80 Jahren legte Dr. Rosenberger die ärztliche Praxis nieder. 2) Am 2. September zu Reval der Senior der dortigen Aerzte, Dr. Woldemar v. Samson-Himmelstjerna im 82. Lebensjahre. Der Verstorbene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung auf der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1829—32 studirte. Nachdem er noch einige Jahre an deutschen Universitäten seine Studien fortgesetzt, wurde er 1838 in Dorpat zum Doctor medicinae promovirt und liess sich sodann als Arzt in Moskau nieder, wo er anfangs Arzt am Stadthospital, von 1843 Professor-Adjunct an der dortigen medico-chirurgischen Academie und nach Aufhebung derselben Accoucheur am Findelhause in Moskau war. Im Jahre 1856 siedelte er nach Reval über, wo er als freiprakticirender Arzt ein ausgebreitetes Feld der Thätigkeit fand, von der er sich wegen zunehmenden Alters im Jahre 1881 zurückzog. Dr. v. Samson war seiner Zeit einer der beliebtesten und am meisten beschäftigten Aerzte Revals. 3) Am 19. August zu Allendorf in Livland der dortige Kirchspielsarzt Dr. Peter Thielick im 37. Lebensjahre. Der Verstorbene war in Livland geboren und studirte von 1877—83 an der Universität Dorpat Medicin. Nach Erlangung der Doctorwürde wurde er Arzt zu Rujen in Livland, von wo er später nach Allendorf übersiedelte. 4) In Wladimir am 17. Juli der dortige Gouvernements-Medicinalinspector Dr. J. W. Romanowski im 59. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher seine medicinische Ausbildung in Moskau erhalten hatte, war früher längere Zeit Arzt am Moskauer Findelhause. 5) Am 2. Aug. in Orel der frühere Gehülfe des estländischen Gouvernements-Medicinalinspector Alexander Antonow im 49. Lebensjahre in Folge eines Hirntumors. A. war anfangs Landschaftsarzt im Orel'schen Gouvernement und von 1888 bis zum October vorigen Jahres bei der Medicinalverwaltung in Reval angestellt. 6) In London der bekannte englische Gynäkologe, Prof. Graily Hewitt im 65. Lebensjahre. Von seinen zahlreichen Werken ist seine «Pathology of the diseases of Women» am bekanntesten.

— Ein Befehl des St. Petersburger Stadthauptmanns verbietet den Hebammen (повивальныя бабки) sich auf den Schildern «Geburtshelferinnen» (акушерка) zu nennen, da eine solche Würde nicht existirt und durch dieselbe das Publicum nur irre geführt wird.

— Die Universität zu Neapel hat Frl. Sophie Bakunin (22 Jahre alt), die Tochter des bekannten Revolutionärs, zum Doctor der Medicin und Chirurgie promovirt. Sie ist

nach dem Tode ihres Vaters, der sich wenig um sie gekümmert hatte, auf Kosten ihres Pathen Carlo Gambuzzi erzogen worden.

— Die Zahl der Curgäste in den kaukasischen Mineralbädern belief sich bis zum 22. August d. J. auf 5724 Personen.

— In der Klinik des Professors der Zahnheilkunde in Halle Dr. Holländer, ist ein 15 jähriges Mädchen, welches von den beiden Assistenzärzten behufs Vornahme einer Zahnoperation mittelst «Pental» narcotisirt worden war, gestorben. Obschon die angewandte Dosis des Betäubungsmittels nur eine geringe sein soll, erwachte das Mädchen trotz der mehrere Stunden fortgesetzten Wiederbelebungsversuche nicht wieder aus der Narcose. (Allg. m. C.-Ztg.),

— Wie der «Medical Record» berichtet, entwickelt sich eine Selbstmordmanie in Paris und London. Ganz junge Menschen und namentlich auch Frauenzimmer greifen oft ohne nachweisbare Ursache, zum Selbstmord. Ebendasselbe wird auch in Budapest beobachtet. Vor Kurzem sind dort an einem Tage sieben Selbstmorde vorgekommen.

— In Tübingen ist eine Klinik für Geisteskrankheiten begründet worden, deren Leitung Prof. Siemerling (Berlin) übertragen ist. Von den deutschen Universitäten sind nunmehr nur noch Rostock, Giessen und Kiel ohne psychiatrische Kliniken. (A. m. C.-Ztg.)

— Die Ausgaben eines Londoner Studirenden der Medicin während der fünf Jahre seines Studiums bis zur Absolvirung des Cursus belaufen sich, nach einer Berechnung des British Medical Journal, auf 587 bis 734 Pfd. Sterling (d. i. ungefähr 5600 bis 7000 Rbl. nach dem gegenwärtigen Curse). Die Ausgaben für das Diplom allein betragen über 26 Pfd. Sterling (d. i. gegen 345 Rbl. nach dem gegenwärtigen Curse). — Die Einnahmen des Royal College of Surgeons von den Prüfungen zur Erlangung der Würde eines Chirurgen, welche zur Ausübung der ärztlichen Praxis in ganz Grossbritanien berechtigt, bezifferten sich im Jahre 1892 auf 20,200 Pfd. Sterling (über 193,000 Rbl. nach dem Curse).

— In Chicago haben die weiblichen Pharmaceuten einen Congress veranstaltet, auf welchem hauptsächlich die künftige Betheiligung der Frauen an der Entwickelung der Pharmacie besprochen wurde.

— In Marseille ist auf Initiative der dortigen medicochirurgischen Gesellschaft eine Büste von Jacques Daviel errichtet worden, welcher in dieser Stadt die erste Katarakt-Operation durch Extraction der Linse ausführte. Die feierliche Enthüllung der Büste fand am 11. August, dem 200 jährigen Geburtstage Daviel's statt.

— 65. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg. Am 11. September fand zu Nürnberg die Eröffnung der diesjährigen Naturforscher-Versammlung unter grosser Betheiligung der Aerzte und Naturforscher aus Deutschland, Oesterreich und auch anderen Ländern statt. Schon zu der gegenseitigen Begrüssung am Abend vor der Eröffnung hatten sich mehr als 800 Theilnehmer eingefunden. Nach den üblichen Ansprachen seitens der Vertreter der Stadt und des Landes, sowie des Prorectors der nahegelegenen Universität Erlangen, Prof. Strümpell's hielt Prof. v. Bergmann (Berlin), welcher derzeit erster Vorsitzender der Gesellschaft ist, den im letzten Jahre hingeschiedenen hervorragenden Mitgliedern Prof. A. W. von Hofmann und Werner v. Siemens (Berlin) einen warmen Nachruf. Die Reihe der Vorträge eröffnete Prof. His (Leipzig) mit einer längeren Rede «Ueber den Aufbau unseres Nervensystems», worauf Prof. Pfeffer (Leipzig) «Ueber die Reizbarkeit der Pflanzen» sprach. Hiermit schloss die erste allgemeine Sitzung und es begann sodann die Arbeit in den 32 Sectionen. — Zum Versammlungsort für das nächste Jahr wurde Wien gewählt, welches früher bereits zweimal, in den Jahren 1832 und 1856, den Naturforscher-Congress beherbergt hat.

— Die Cholera macht in Russland noch immer weitere Fortschritte. In dem letzten officiellen Cholera-Bulletin, welches die in der Zeit vom 1.—13. Sept. im Medicinaldepartement eingelaufenen Nachrichten registrirt, liegen aus 27 Gouvernements Daten über den Stand der Cholera im Reiche vor. Von diesen 27 Gouvernements weisen noch immer sechs in der zweiten Hälfte des August-Monats mehr als 200 und 8 mehr als 100 Erkrankungen in einer Woche auf. An der Spitze stehn das Gouvernement Orel mit 623 Erkrankungen und 215 Todesfällen, Kursk mit 571 Erkrankungen und 219 Todesfällen; dann folgen die Gouv. Tula (462 resp. 157), Mohilew (349 resp. 126), Grodno (245 resp. 122), Wladimir (222 resp. 97), Kasan (179 resp. 92), Lomsha (155 resp. 85), Charkow 154 resp. 82), Chersson (145 resp. 78), Minsk (136 resp. 6), das Don-Gebiet (107 resp. 73), Astrachan (109 resp. 52).

Im Gouv. Moskau, in welchem nur der Kreis Wolokolamsk von der Cholera verschont geblieben ist, betrug die Zahl der Erkrankungen seit dem Wiederauftauchen der Cholera vom 15. Mai bis 28. Aug. 1381 mit 524 Todesfällen. In der Stadt Moskau sind vom 18. Juni bis 3. Sept. d. J. 1429 Choleraerkrankungen mit 622 Todesfällen beobachtet worden.

In St. Petersburg betrug in den Hospitälern die Zahl der neu aufgenommenen Cholerakranken in der Zeit vom 2. bis 8. Sept. (12 Uhr Mittags) 324; es genasen in dieser Zeit 70, starben 136 und verblieben am 8. Sept. 254 Cholerakranke in Behandlung. — Im Gouv. St. Petersburg sind vom 22. bis 28. August 35 Choleraerkrankungen mit 3 Todesfällen vorgekommen.

Am ärgsten wüthet die Cholera noch immer in Podolien, wo vom 15.—28. August 2262 Erkrankungen und 777 Todesfälle vorgekommen sind, und im Gouv. Kiew (vom 22. bis 28. August 1022 Erkrankungen mit 398 Todesfällen).

Nach einer statistischen Zusammenstellung der Choleraopfer seitens der «Charkowschen Gouv.-Ztg.» sind vom Wiederauftreten der Epidemie bis zum August in Russland im Ganzen etwa 5000 Menschen der Cholera zum Opfer gefallen, während im vorigen Jahre im gleichen Zeitraume 71,800 Menschen an der Cholera starben.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 4. September d. J. 5586 (95 mehr als in der Vorwoche), darunter 359 Typhus — (3 mehr), 542 Syphilis — (19 mehr), 40 Scharlach (2 mehr), 7 Diphtherie — (8 weniger), 11 Masern — (2 weniger), 8 Pocken — (5 weniger) und 178 Cholerakranke — (116 mehr als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Nolinsk (Gouv. Wjatka). Gehalt 1300 Rbl. jährlich. Adresse: «Нолинская Земская Управа».

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Slatoust (Gouv. Ufa), Gehalt 1400 Rbl. nebst freier Wohnung beim Krankenasyl. Adresse: «Златоустовская Земская Управа».

3) Landschaftsarztstelle im Pskowschen Kreise. Gehalt 1200 Rbl. jährlich nebst freier Wohnung im Hakelwerk Isborsk. Adresse: «Псковская Уѣздная Земская Управа».

4) Landschaftsarztstelle im Kreise Mossalsk (Gouv. Kaluga). Geh. 800 Rbl. nebst freier Wohnung und 200 Rbl. zu Fahrten. Personen jüdischer Confession werden nicht angestellt. Adresse: «Мосальская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 29. August bis 4. September 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
283	245	628	88	28	81	7	6	16	102	120	61	46	42	25	4	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 13, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 1, Scharlach 5, Diphtherie 7, Croup 2, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 16, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 134, Ruhr 8, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 90, Tuberculose anderer Organe 4, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 30, Marasmus senilis 22, Krankheiten des Verdauungscanals 86, Todtgeborene 24.

An die Redaction eingesandte Bücher.

Nitzelnadel. Therap. Jahrbuch III. Jahrg. Deuticke 1893.

Sachs. Vorträge über Bau und Thätigkeit des Grosshirns. Breslau, Preuss und Jünger 1893.

Gowers. Syphilis und Nervensystem. Berlin, Karger 1893.

Seydel. Lehrbuch der Kriegschirurgie. Stuttgart, Enke 1893.

Hirt. Lehrbuch der Elektrodiagnostik. Ibidem. 1893.

Kast und Rumpel. Pathol. anat. Tafeln. Lieferung V. Wandsbeck 1893.

Kellopp. Methods of precision in the investigation of disorders of digestion. Vortrag.

Лукашевичъ. Къ вопросу о вліяніи кормленія животныхъ мясомъ бугорчатаго скота. Дисс. С.-Петерб. 1893.

Терменъ. О причинахъ смертности дѣтей. С.-Петерб. 1893.

Pinard et Lepage. Fonctionnement de la maison d'accouchement Baudeloque. Paris, Steinheil 1893.

Kennel. Lehrbuch der Zoologie. Stuttgart, Enke 1893.

Burckhardt und Fenwick. Atlas of electric cystoscopy. London, Churchill 1893.

Möller. Lehrbuch der Arzneimittellehre. Wien, Hölder 1893.

Onodi. Die Nasenhöhle. Ibidem.

Mannaberg. Die Malariaparasiten. Ibidem.

Rethi. Motilitätsneurosen des weichen Gaumens. Ibidem.

Magnan. Psychiatr. Vorlesungen. Heft IV, V. Leipzig, Thieme 1893.

Boas. Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Ibidem.

Behring. Geschichte der Diphtherie. Ibidem.

Frank. Grundriss der Chirurgie. Stuttgart. Enke.

Hartmann. Krankheiten des Ohres. Berlin. Fischer 1892.

Pollatschek. Die therap. Leistungen des Jahres 1892. Wiesbaden, Bergmann.

Schnitzler. Klin. Atlas der Laryngol. und Rhinol. Lief. 3—5. Wien, Braumüller.

Petri. Der Cholerakurs im Kaiserlichen Gesundheitsamt. Berlin, Schötz 1893.

Grünwald. Die Lehre von den Naseneiterungen. München und Leipzig 1893.

Henning. Wesen und Werth der Liebreichschen Serumtherapie. Leipzig, Langkammer 1892.

Rosenthal. Die Erkrankungen der Nase, deren Nebenhöhlen und des Nasenrachenraums. Berlin, Hirschwald 1892.

Lenox Brown. Kochs Heilmittel in Beziehung zur Kehlkopfschwindsucht. Berlin, Karger 1891.

Kafemann. Behandlung der chron. Otorrhoe. Danzig, Kafemann 1891.

Wegele. Diätet. Behandl. der Magen Darmerkrankungen. Jena, Fischer 1893.

Zur Feier des 100jährigen Jubiläums von Franzensbad. 1893.

Medicin. Bibliothek für prakt. Aerzte. Nr. 1, 4—6, 6—12, 14—15, 16—18, 19—21, 22—26. Leipzig, Naumann.

Mordhorst. Beitrag zur Lehre von der Gicht. Wien, Perles.

Никольскій. Объ индивидуальности. 1893.

Audeoud. Creosote et Tuberculose. Genève 1893.

Hermet. Maladies de l'oreille. Paris 1892.

Index-catalogue of the library of the surgeon generals office U. S. A. Vol. XIII. Washington 1892.

Lenhartz. Mikroskopie und Chemie am Krankenbett. Berlin, Springer 1893.

Kaltenbach. Lehrbuch der Geburtshülfe. Stuttgart, Enke 1893.

Eisler. Grundriss der Anatomie des Menschen. Stuttgart, Enke 1893.

Guttmann. Jahrbuch der praktischen Medicin. Ibidem. 1893.

Schwartze. Handbuch der Ohrenheilkunde. Leipzig, Vogel 1893.

Ziemssen und Bauer. Arbeiten aus der Universität zu München I und II. Ibidem 1893.

Wenzel. Alte Erfahrungen im Lichte der neuen Zeit. Wiesbaden, Bergmann.

Unverricht. Gesammelte Abhandlungen. Ibidem.

Lauder Brunton. Handbuch der allgemeinen Pharmakologie und Therapie. Leipzig, Brockhaus.

Rieder. Atlas der klinischen Mikroskopie des Blutes. Leipzig, Vogel 1893.

Braatz. Grundlagen der Aseptik. Enke 1893.

Rotter. Die Knöchelbrüche. München, Lehmann 1893.

Drasche. Bibliothek der gesammten med. Wissensch. Lief. 5—7. Wien, Merling 1893.

Lahnsen. Die Lungentuberculose. München, Albert.

Derselbe. Die Abhärtungskuren im Hause. Ibidem.

Pfeiffer. Die Trinkcur in Wiesbaden.

Klinische Zeit- und Streitfragen von Schnitzler. Bd. VII. H. 3. Wien, Hölder 1893.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 21. September.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 27. September.

Дозв. ценз. Спб. 11 Сент. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 38 St. Petersburg, 18. (30.) September 1893

Ueber Enuresis nocturna und einen durch Ausschluss der nasalen Respiration complicirten Fall.

(Nach einem in der med. Gesellschaft zu Dorpat gehaltenen Vortrag.)

Von

Dr. med. Richard Otto,
Dorpat.

Ueber Pathogenese, bezw. Genese der Enuresis nocturna ist viel gestritten worden, und die Unsicherheit in der Erklärung ihres Zustandekommens hat, wie Bokai treffend bemerkt, jenen «breitgetretenen therapeutischen Weg» zu Stande kommen lassen, der bis auf den heutigen Tag besteht. Aber gerade dieser vielgestaltige, medicamentöse, mechanische, selbst chirurgische Heilapparat scheint die Annahme zu rechtfertigen, dass die auch ohne alle Therapie mit der Zeit zur Heilung neigende Anomalie sich nicht aus einer einzigen allein stichhaltigen Ursache erklären lässt, welche in Bausch und Bogen auf alle Lebensalter passt, dass die muthmaassliche Gleichgewichtsstörung in der Function der antagonistischen Blasenmuskeln vielmehr einen für den einzelnen Fall durchaus differenten Charakter trägt. Dass der einzelne Fall in der That eine ganz disparate Würdigung verdient, dafür sprechen jene interessanten, wenn auch noch spärlich publicirten Beobachtungen von Enuresis noct. bei Mundathmern, welche nach Wiederherstellung des physiologischen Respirationsweges zu heilen pflegen.

Mit diesem neuen eigenartigen Material, für welches ich weiter unten einen casuistischen Beitrag liefern werde, tritt aber die ganze Frage nach der Aetiologie unseres Gegenstandes in eine Phase, welche die Revision der älteren Anschauungen nothwendig macht.

Die Basis, auf welcher sich alle Hypothesen mit ihren entsprechenden therapeutischen Gesichtspunkten aufbauen, ist selbstredend die Insufficienz des Schliessmuskels. Wie diese zu Stande kommt, ob durch absolute oder relative Schwäche desselben, ob durch centrale, periphere oder reflectorische Einflüsse, das ist der strittige Punkt, auf den es ankommt. Für sämmtliche dieser Gesichtspunkte finden wir Vertreter in der Literatur:

Da ist zunächst Trousseau, der von der Annahme einer übergrossen Reizbarkeit des Detrusor ausgehend, Belladonna verordnet und eine Composition dieses Mittels mit Extract. Strychni verwendet, wo eine gleichzeitige Atonie des Sphincters besteht, sich also neben einer relativen, auch eine absolute Insufficienz vorfindet. Ob es sich hierbei um einen ausgesprochenen Krampf des Detrusor handelt, wie Bradburg will, bleibt dahingestellt. Andere Autoren, wie Bohn und Farquharson, nehmen als Grundursache eine Hyperästhesie des Blasenhalses im Sinne einer Neurose an, und Farquharson neigt um so mehr zu dieser Auffassung, als er Fälle beobachten konnte, welche mit intermittirender Chorea eng verknüpft schienen. Nach den Erfahrungen Bohn's lassen solche Kinder meist die Residuen und Symptome der überstandenen oder noch vorhandenen Rhachitis und Scrophulose erkennen, so dass die, aus irgend welcher Ursache gleichzeitig bestehende allgemeine Körperschwäche die volle Berücksichtigung verdient.

Im Gegensatz zu der meist vertretenen Anschauung, dass die Enuresis nocturna nichts mit materieller Läsion der Schleimhaut zu thun habe, setzen nach Preyer hartnäckigere Fälle bei masturbirenden Knaben bereits eine entzündliche Reizung der Pars prostat. urethrae voraus, durch welche das Leiden reflectorisch hervorgerufen werde. In solchen Fällen fanden Preyer und Oberländer das Einführen dicker Metallsonden zwecks Dilatation und Kräftigung des Sphincters erfolgreich, während Sänger vermittelst eines weiblichen Metallkatheters eine Art Massagedehnung der Schliessmuskulatur vornimmt und Czillag nach Thure-Brandt vorgeht. Noch Andere, wie namentlich Ultzmann und König erreichen denselben Zweck vermittelst des inducirten Stroms.

Einen geradezu befriedigenden Ruhepunkt in der Reihe hypothetischer Anschauungen innerhalb dieser schwierigen Frage bilden die auf der Basis anatomisch-physiolo-

gischer Forschung gewonnenen Ergebnisse Dittels, deren Facit er folgendermaassen zieht: «Ziemlich mächtige Detrusoren, stattliche Prostata, kleiner Sphincter, dazu ausschliesslich flüssige Nahrung, hiermit copiöse Urinsecretion. Die Folge muss ein häufiges Uriniren sein. Die Prostata als Geschlechtsorgan, mit ihr der Sphincter internus, entwickelt sich nicht im selben Verhältniss wie die Blase und oft geschieht es, dass die Prostata erst im 10—14 Jahre ihre Entwickelung nachholt. Vor dieser Zeit leistet sie daher besonders beim festen Schlaf der Kinder nicht den hinreichenden Widerstand und sie nässen, bis sie gegen die Pubertätsreife in der Entwickelung ihrer Prostata weiter gekommen sind.»

Hierdurch wird auch die Thatsache verständlich, warum wir gerade überwiegend bei Knaben der Enuresis noct. begegnen; vor Allem aber werden wir auf Grund dieses Befundes sagen müssen: Es handelt sich bei der Enuresis noct. um eine absolute Insufficienz des in seiner Entwickelung im Vergleich zum Detrusor zurückgebliebenen Sphincters, so dass in extremen Fällen seine Kraft selbst im wachen Zustande des Patienten nicht hinreicht (Enuresis diurna), um im Gleichgewicht mit seinem Antagonisten zu bleiben, geschweige denn im tiefen Schlafe, wo der Wille seine Herrschaft verliert.

So erwünscht uns auch dieses Ergebniss der Dittelschen Untersuchungen sein muss, so sehr fehlt uns noch das richtige Verständniss dafür, in wie weit die Thätigkeit der Blase durch einen sehr wichtigen Factor, nämlich die Psyche, beeinflusst wird.

In dieser Hinsicht sind zunächst die Ausführungen Königs von Interesse, der die Elektricität zuweilen schon in einer Sitzung (Elektroden oberhalb und hinter der Schamfuge) wirksam fand, wofür er in seinem Handbuch das Beispiel eines 18-jährigen kräftigen Mannes heranzieht, bei welchem alles Andere zuvor fehlgeschlagen hatte. Er führt diesen prompten Erfolg auf die Annahme zurück «als bedürfe der Sphincter nur einer kräftigen Erregung um dauernd gut zu functioniren»; und Moebius geht noch weiter, wenn er behauptet, dass irgend ein in der Nähe der Blase angebrachter kräftiger Reiz schon genüge, gleichviel ob es sich um den elektrischen Strom als solchen, einen Nadelstich oder eine Wasserinjection in die Hinterbacken handelt, da die seelische Einwirkung hierbei die wichtigste Rolle spiele.

Ohne die Dignität der Psyche in ihrer Beziehung zur Thätigkeit der Blase irgend wie in Frage stellen zu wollen, glaube ich doch, dass es nicht gerechtfertigt erscheint, Anschauungen, wie sie namentlich die letztgenannten Autoren vertreten, schlechtweg verallgemeinern zu wollen. Nach den Untersuchungen Dittels müssen wir uns vielmehr dazu entschliessen, die Enuresis noct. obgleich aus einer und derselben Ursache entsprungen einer gesonderten Auffassung zu unterziehen, je nachdem sie vor oder nach der Pubertätsperiode besteht. Denn, wenn es überhaupt möglich ist ein solches Gebrechen, welches bis zum 18. Lebensjahre unentwegt dauerte, in einer einzigen Sitzung zu heilen, so ist das nur unter der Voraussetzung eines an und für sich normalen Nervenmuskelapparates denkbar, der aus irgend einem Grunde nicht functionirt. Man versuche doch dieselbe sprunghafte Heilwirkung am infantilen Sphincter; weder die potenzirte Psyche, noch die gesteigerte Innervationskraft wird den kleinen, unentwickelten Muskel zu einer dauernd erhöhten Leistungsfähigkeit gewinnen können, der mit einem Schlage fortan dem überlegenen Antagonisten die Wage hält.

Auch an dem Versuche, das functionelle Missverhältniss der Blasenmuskeln durch psychische Beeinflussung zu heilen, hat es in neuerer Zeit nicht gefehlt. Namentlich waren es Liébault und Wetterstrand[1]), welche durch die suggestive Heilmethode die Willensenergie und das Selbstbewusstsein des Kranken zu heben suchten, um vermittelst dieser Handhabe den aus seinem Gleichgewicht gerathenen Nervenmuskelapparat wieder dauernd zur Norm zu führen.

In der That darf nicht geleugnet werden, dass gerade bei der Enuresis noct., als einer auf keiner organischen Erkrankung beruhenden Affection, diese Heilmethode durchaus berechtigt erscheint und dass in vielen Fällen, wo sie zu helfen pflegt, die Annahme der genannten Autoren eine Stütze findet, welche das Leiden auf eine verminderte Sensibilität des Blasenhalses und schwachentwickeltes Perceptionsvermögen im Gehirn zurückführen wollen.

Dass es sich aber auch hier nicht überall um Heilung handeln kann, liegt, glaube ich, in der Natur der Sache, wenn wir einmal den beiden Stadien in der Entwickelung des Sphincters vor und nach der Pubertät, sodann aber, wie wir gleich zeigen wollen, jenen eigenartigen Fällen unser Augenmerk schenken, welche gelegentlich bei Mundathmern zur Beobachtung gelangen.

Das Verdienst, zuerst und zwar im Jahre 1885 auf das gleichzeitige Vorkommen von Bettnässen und Mundathmung hingewiesen zu haben, gebührt George W. Major aus Montreal. Derselbe stellte die Hypothese auf, dass die kühlere per os inspirirte Luft auf reflectorischem Wege zu ungenügender, weil oberflächlicher Athmung führe; die hierdurch entstehende CO^2-Ueberladung des Blutes bedinge ihrerseits den unwillkürlichen Abgang des Harnes.

Diese Auffassung wurde zunächst von Ziem mit der Einschränkung bestätigt, dass die CO_2Intoxication direct von der geringeren Respirationsgrösse abhängig gemacht werden müsse, während Bloch die jedenfalls sehr mässige CO_2Anhäufung im Blut für nicht hinreichend genug erklärt, um eine Entleerung der Blase herbeizuführen. Bei der reizbaren Schwäche der mundathmenden Kinder werde vielmehr der Reiz der gefüllten Blase im Schlafe lebhafter empfunden; das Kind versetze sich im Traume einfach in die Situation, in der es am Tage dem Harndrange nachgiebt.

Hatten bisher alle 3 Autoren sich mit der Thatsache allein begnügen müssen, so waren Schmaltz, Körner und in jüngster Zeit Baumgarten erst in der Lage, den Zusammenhang zwischen Enuresis und Mundathmung direct beweisen zu können, indem ersterer nach Behandlung der hypertrophischen Schwellkörper eines Kindes, Körner nach Entfernung adenoider Vegetationen bei einer Erwachsenen und einem Kinde, und Baumgarten bei einem 12-jährigen Knaben aus derselben Ursache das Bettnässen zu beseitigen im Stande waren.

An die Casuistik dieser wenigen, weiter unten zu reproducirenden Fälle schliesst sich nun der im Folgenden mitgetheilte Fall an, den ich am 13. Oktober vorigen Jahres in Behandlung nahm und der Güte des Dorpater Herrn Collegen Dr. W. v. Kieseritzki verdanke.

Amalie K. 18 Jahre alt, ist von mittlerer Grösse und zartem Körperbau. Sie wiegt 125 russ. Pfund und soll gleich nach der Geburt nur 2½ Pf. gewogen haben. In ärmlichen Verhältnissen aufgewachsen und kärglich ernährt, verräth sie noch heute die Zeichen der Blutarmuth und Blässe. Die nicht unintelligente, etwas kleinmüthige Pat. will bis zum 13. Lebensjahre, wo sie die Schule bereits verlassen musste, an Kopfschmerzen gelitten haben und giebt an, noch heute an Benommenheit und namentlich Vergesslichkeit zu leiden; sie hält den Mund im wachen Zustande und im Schlafe offen, hat es mit steter Trockenheit im Halse zu thun und ist bei schon geringen Kraftanstrengungen leicht ausser Athem. Ihre Hauptbeschwerden bestehen in der stets festen Nase und in nächtlichem Bettnässen. Rechts ist die Athmung durch die Nase unmöglich, links in hohem Grade behindert. Das nächtliche

[1]) Wetterstrand suggerirt dem Patienten, dass er fortan das Gefühl für das sich meldende Bedürfniss haben werde.

Bettnässen besteht, so lange Pat. denken kann. Sie kann den Harn nicht länger als höchstens 1½ Stunden halten und urinirt etwa 10—12 Mal am Tage. Wenn es sich nicht gerade um körperliche Erschütterungen handelt, wie noch neulich beim Falle von einer Treppe oder fürs Gewöhnliche beim Husten, Lachen oder Niesen, kommt unwillkürlicher Harnabgang nicht vor. Die Periode ist mit 16½ Jahren eingetreten, ohne an diesen Zuständen etwas zu ändern. Wenn Pat. sich des Abends vom Genusse jedweder Flüssigkeit enthält, kommt es vor, dass sie ausnahmsweise trocken bleibt; fürs Gewöhnliche verfällt sie alsbald in einen schweren, todtenähnlichen Schlaf, aus dem sie nicht leicht zu erwecken ist. Ein Bruder, verheiratheter Schlosser ist bis vor 10 Jahren mit demselben Leiden behaftet gewesen; über ihre übrigen, früh verstorbenen Geschwister kann sie keine diesbezüglichen Angaben machen.

Der Untersuchungsbefund ist folgender:

Pharyngitis: Rachenraum frei, insbesondere von adenoiden Vegetationen. Nasenschleimhaut nicht übermässig geröthet, geringe Schleimsecretion.

Rechts totale Obstruction der Nase durch feste breite Verwachsung des unteren hypertrophischen Muschelendes mit der scoliotischen, chron. verdickten Scheidewand. Links nicht unbeträchtliche polypöse Hypertrophie, welche in hohem Grade die Athmung behindert. Erst nach Cocainisirung der Schleimhaut übersieht man, jedoch nur links und mit Mühe, die anscheinend normale mittlere Muschel.

Die Behandlung bestand zunächst in Beseitigung der linksseitigen polypösen Hypertrophie unter mässiger Blutung, wodurch schon am andern Tage nach Entfernung des Tampons volle Durchgängigkeit erzielt wurde. Sehr viel schwieriger und zeitraubender gestaltete sich dagegen die wiederholt immer wieder vorgenommene Galvanocauterisation der rechten Nasenhälfte. Es kam mir darauf an, den Brenner in einer Richtung wirken zu lassen, welche die Verwachsungsfläche vermied, um die Verdickung des Septums zunächst in Angriff zu nehmen. Nachdem so die ganze breite Prominenz allmählig bis auf den Knochen zerstört war, arbeitete ich mich in symmetrischer Weise an der andern Seite durch die hypertrophische Masse hindurch, so dass es endlich gelang ein ziemlich ansehnliches Zwischenstück zu verschorfen und auszuschalten und hiermit volle Wegsamkeit auch dieser Nasenhälfte zu erzielen.

Dass die Kranke, trotz all dieser theilweise recht schmerzhaften Eingriffe, wie neu aufgelebt war und in ihrem Wesen wie ausgetauscht schien, brauche ich wohl kaum zu bemerken, was aber um so erfreulicher war: das Bettnässen hatte, wie mit einem Schlage bereits am 2. Behandlungstage aufgehört und war fortgeblieben, obgleich Patientin auf eigene Hand bald darauf den etwas voreiligen Versuch gewagt hatte eines Abends viel Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Gleichzeitig war ein wesentlicher Umschwung am Tage zu verzeichnen; die Patientin vermochte den Harn statt 1½ jetzt 3—5 Stunden zu halten. Dass es sich am 10. Tage, trotz der glücklich überstandenen Probe dennoch um Rückfälle handeln sollte, hatte ich nicht erwartet; es fand dies aber seinen begreiflichen Grund in dem schwer zu vermeidenden Umstande einer sich aufs Neue herausbildenden Verwachsung.

Es hat sich in der Folge, unter wechselnd grösseren und kleineren Intervallen um noch weitere Recidive gehandelt; als dann die Patientin vom 23. November an wochenlang von ihrem Leiden verschont blieb, glaubte ich den Zeitpunkt für gekommen, sie als geheilt aus der Behandlung entlassen zu können. Um so erstaunter war ich, sie am 15. Februar dieses Jahres wieder meine Hülfe in Anspruch nehmen zu sehn. Die Pat. theilte mir mit, dass Alles bis Anfang Februar gut gewesen sei; da sich alsdann wieder Bettnässen eingestellt habe, wäre sie abermals zum Collegen Kieseritzki geeilt und dort seit 14 Tagen einer elektrischen Behandlung, jedoch ohne Erfolg, unterzogen worden.

Die sofort angestellte Untersuchung rechtfertigte meinen Verdacht: wieder war es eine, wenn auch nicht gerade erhebliche Synechie, welche das störende Moment zur dauernden Heilung geworden war. Nach abermaliger Wegräumung und weiterer Beobachtung ist die Patientin nicht mehr in den Fall gekommen sich über einen Rückfall zu beklagen. In wie weit sich die Heilung als dauernd erweisen wird, vermag ich vor der Hand nicht zu entscheiden.

Wenn es sich in dieser kurz referirten Krankheitsgeschichte auch nicht um einen sofort dauernden Heilerfolg handelt, so ist sie doch durchaus dazu angethan, das directe Abhängigkeitsverhältniss zwischen der functionell gestörten Muskulatur der Blase und der räumlich entfernten Erkrankung der Nase zu beweisen und gerade der Umstand, dass jedes der Recidive stets einem Zeitpunkt entspricht, wo das Grundleiden recidivirt, dürfte den eigenartigen Zusammenhang zweier an sich grundverschiedener Krankheitscomplexe am besten illustriren.

Zur Vervollständigung des Materials gebe ich in möglichst gedrängter Kürze die oben erwähnte Casuistik wieder, ohne den Fall Schmaltz', der mir leider im Original nicht zugänglich war.

Körner I.: Selma H. 19 Jahre alt, leidet von Kindheit an «an Stockschnupfen», Mundathmung und fast allnächtlich auftretendem Bettnässen, wogegen mancherlei Kuren ohne Erfolg gebraucht worden sind. Die Untersuchung ergab, Ende 1885 folgendes: Blässe, schlaffe Muskulatur, geringes Fettpolster; Brustorgane normal, geringe weiche Struma, beiderseitige Mittelohreiterung. Nach Entfernung der den ganzen Nasenrachenraum ausfüllenden adenoiden Vegetationen ist die freie Athmung durch die Nase wieder hergestellt; der Mund kann fortan wieder geschlossen werden, das Bettnässen bleibt sofort aus. Erst in der 23., dann in der 77. Nacht nach der Operation kam es wieder, vielleicht begünstigt durch reichlichen Biergenuss, ferner einige Monate später mehrere Nächte hintereinander in Folge eines Jodschnupfens (Struma). Anfang 1891 sah K. die Pat. nach 3jähriger Pause und 5 Jahre nach der Operation wieder. Sie versicherte dauernd geheilt zu sein, ohne dass die Angabe wie früher von zuverlässigen Leuten hätte controllirt werden können.

Körner II. Ursprünglich gesundes 3jähriges Mädchen. Vor 1 Jahre wegen Caries des linken Warzenfortsatzes Auslöffelung; Heilung. Im 3. Jahre rasche Entwickelung adenoider Vegetationen, deren Folge unruhiger Schlaf, Mundathmung, starkes Schnarchen, beiderseitige Mittelohrkatarrhe. Gleichzeitig Beginn allnächtlichen Bettnässens, was nach bestimmter Angabe der Mutter seit dem 2. Jahre nur sehr selten vorgekommen war. Die sehr weichen Vegetationen werden am 8. März 1887 ausgeräumt, wonach sofortiges Aufhören der Enuresis nocturna. Während stark eitriger Rhinitis nach Verlauf von 6 Wochen mehrere Recidive. Nach Angabe der Mutter kommt auch jetzt (Anfang des 7. Lebensjahres, 4 Jahre nach Entfernung der Vegetationen) Bettnässen vor, jedoch nur, wenn das Kind in Folge eines Schnupfens genöthigt ist mit offenem Munde zu schlafen.

Baumgarten: Ein vergesslicher und zerstreuter Knabe von 12 Jahren leidet an näselnder Sprache, chronischem Ohrkatarrh und Enuresis nocturna. Ursache adenoide Vegetationen, nach deren Entfernung das Leiden sich bald verliert.

Seit dem ersten Bekanntwerden dieses eigenthümlichen Zusammenhanges zweier räumlich so entfernter Erkrankungsgebiete ist nunmehr nahezu ein Decennium verflossen, während welcher Zeit man billiger Weise ein weit grösseres Material hätte erwarten dürfen, als wie es uns die Literatur in den wenigen bereits angeführten Fällen gewährt; und das inmitten unserer publicationsfrohen Zeit und in der Erwägung, dass wenigstens jede der beiden Affectionen für sich zu den nicht ungewöhnlichen Erscheinungen des jugendlichen Alters gehört! Ich möchte daher im Gegensatz zu Bloch und Baumgarten eher an das nicht allzu häufige Vorkommen der Major'schen Krankheit glauben, als dass ich vermuthen sollte, man wäre auch in specialistischen Kreisen noch nicht daran gewöhnt, auf die in Rede stehenden Fälle zu fahnden.

Wenn es also erlaubt ist, aus den wenigen, zum Theil unvollständigen Krankengeschichten allgemein gültige Schlüsse zu ziehen, so sind wir zunächst in der Lage, die Thatsache festzustellen, dass mit Wiederherstellung der nasalen Respiration das Bettnässen aufhört. Nichts destoweniger ist die Warnung am Platz, dies sofortige Wegbleiben nicht einer dauernden Heilung gleichsetzen zu wollen, da die Erfahrung lehrt, dass Rückfälle der Enuresis nicht ausbleiben. Soweit die ersten Recidive in unseren Fällen notirt sind, handelte es sich um den 10., 23. und 42. Tag. Zudem gewinnt es den Anschein, dass es nicht unbedingt erforderlich ist, dass beide Seiten der Nase wieder zu functioniren beginnen, da, wie in dem von mir beobachteten Falle, das Bettnässen sofort verschwand, als erst die eine Seite, und zwar ziemlich schnell, für die freie Athmung zugänglich gemacht worden war, ein Umstand, der den Schluss nicht gewagt erscheinen lässt, dass es nur der natürlichen Athmung bedürfe, um jenes Fernsymptom in Wegfall kommen zu lassen; denn, wenn es sich um den Verschluss als solchen, um Art und Ort innerhalb der Nasengänge handelte

so hätte bei der festen und weit schwerer zu beseitigenden Verwachsung der andern, noch total obturirten Seite ein wesentliches Moment zum Weiterbestehen des Leidens zurückbleiben müssen.

Dass es vielmehr gleichgültig zu sein scheint, ob der Verschluss der Nase noch im Bereich der Nasengänge selbst oder schon im Nasenrachenraum, also direct oder indirect stattfindet, dafür liefert unsere Casuistik den besten Beweis, welche als Ursache entweder über Hypertrophien der Muscheln oder über adenoide Vegetationen berichtet. Die Annahme wird aber vollends durch den Umstand erhärtet, dass dort, wo es sich in der Folge durch Wiedereintritt von Verwachsungen, Schnupfen u. s. w. um erneute Einschränkung der natürlichen Athmung handelt, es leicht zu Recidiven kommen kann, mit deren Beseitigung das Bettnässen wieder zu schwinden pflegt.

Nach diesen einleitenden Bemerkungen ist es durchaus wahrscheinlich, dass die Enuresis nocturna in ein gewisses Abhängigkeitsverhältniss zur Ausschaltung der physiologischen Respiration gestellt werden muss. Was nun den Verschluss der Nase betrifft, so erzeugt er bekanntlich eine Reihe von Erscheinungen unterdrückter Gehirnthätigkeit welche, wie auch in unseren Fällen, durch Benommenheit, Zerstreutheit, Vergesslichkeit, kurz die Symptome der Aprosexie ausgeprägt sind; kommt nun die bereits in wachem Zustande bestehende Trockenheit des Halses hinzu, welche während des Tages durch den einspeichelnden Schluckact willkürlich ausgeglichen zu werden pflegt, so ist nicht zu verwundern, dass diese abnorme, sich zum Fremdkörpergefühl steigernde Sensation während der Nacht zu unruhigem Schlafe und Traumbildern führen wird.

Unter diesen Umständen ist die Psyche dermaassen engagirt und in engem Kreise gefangen, dass sie die Mahnungen von Seiten der Blase überhört, dass also das schwache Perceptionsvermögen im Gehirn schon ohne die Annahme einer gleichzeitig verminderten Sensibilität des Blasenhalses genügen dürfte, um das Zustandekommen der Enuresis nocturna begreiflich zu machen. Warum es bei all diesen Vorgängen noch einer CO_2-Intoxication als eines direct auslösenden Momentes bedarf, ist nicht von vornherein klar und ich möchte Bloch durchaus beistimmen, dass sie jedenfalls zu geringwerthig sein dürfte, um, nach Ziem, einen Zustand herbeizuführen, der im Extrem bei erstickenden Thieren unfreiwilligen Harn- und Kothabgang und bei Erhängten Ejaculation bedeuten soll.

Sind wir aber in der Lage der Mundathmung jene allnächtlichen Gefahren einer Intoxication absprechen zu müssen, welche ihr selbstredend die entscheidende Bedeutung zur Genese der Enuresis nocturna vindiciren müsste, so bleibt sie nichts mehr und nichts weniger, als ein Glied im gesammten Complex der pathologischen, die regulirende Gehirnthätigkeit erschwerenden Symptome, welche auf nichts anderes, als auf Ausschaltung der physiologischen Respiration zurückgeführt werden müssen.

Wenn wir uns nach dem Gesagten ein zusammenfassendes Urtheil über die Major'sche Krankheit gestatten, so halten wir nicht die Mundathmung, sondern den Ausfall der physiologischen Respiration für das ursächliche Moment. Hand in Hand mit ihr wird ein Zustand erzeugt, der einer herabgesetzten psychischen Energie gleich kommt, die, wenn sie auch zur Zügelung des Sphincters im wachen Zustande genügt, nächtlicher Weile ihrer Aufgabe nicht bewusst wird, und sich so der Herrschaft über den Muskel begiebt. Dass überhaupt die psychische Depression, die vielleicht in der reizbaren Schwäche dieser Kranken mit ihre Begründung findet, auch bei der Enuresis nocturna simplex eine hervorragende Rolle spielt, dafür sprechen gewisse Beeinflussungen der Psyche eine beredte Sprache, welche, je nachdem sie eine Ermunterung und Erhebung durch die suggestive Heilmethode oder eine Herabstimmung durch Drohungen und Strafen in sich schliessen, eine heilende, bezw. verschlimmernde Wirkung auf das Leiden zu äussern pflegen.

Die Hauptgesichtspunkte, die sich aus dem Gesagten für die Therapie gewinnen lassen, zerfallen hiernach in folgende Gruppen:

1. Haben wir es mit Enuresis nocturna simplex im I. Stadium zu thun, so wird unter Voraussetzung eines zu schwachen Sphincters der Inductionsstrom oder die Massage die Hauptindication bilden müssen. I. Form.

2. Handelt es sich dagegen um Enuresis noct. simplex im II. Stadium, so ist die Hebung der psychischen Sphäre in erster Linie am Platz, was wohl durch nichts besser als die suggestive Heilmethode erreicht werden dürfte. II. Form.

3. Liegt endlich eine Enuresis nocturna bei Mundathmung, oder besser bei Ausschluss der nasalen Respiration vor, so wird unsere ganze Sorge auf eine gründliche diesbezügliche Behandlung der Nase gerichtet sein. III. Form.

Diese Eintheilung schliesst eine durchaus nothwendige scharfe Trennung der ihrem Wesen nach verschiedenen Bedingungen zum Bestehen der Enuresis noct. und der sich hierdurch von selbst ergebenden therapeutischen Indicationen in sich. Die praktisch wichtigste und zugleich ungünstigste Combination, welche den therapeutischen Bestrebungen die höchste Probe auferlegen dürfte, wäre in der Verschmelzung der 3. und 1. Form zu suchen, in welcher die primäre Schwäche des Sphincters und der Totalverschluss der Nase sich geltend machten.

Eine derartige Combination dürfte vielleicht im 2. Körner'schen Fall zu suchen sein, obgleich seine Einzelheiten nicht ganz der an ihn zu stellenden Bedingung entsprechen. Die primäre Schwäche des Sphincters complicirte sich auch hier mit rascher Entwickelung adenoider Vegetationen zur 3. Form, durch welche die anfangs seltenen Zufälle des Bettnässens im 3. Jahr stationär wurden. Nun sollte man freilich erwarten, dass mit Wegräumung des Hindernisses für die physiol. Athmung die primäre Schwäche des Sphincters ihr Recht auf den status quo ante geltend machte. Statt dessen schwindet das Bettnässen sofort auf volle sechs Wochen und macht erst dann einem jahrelangen Zeitraum von Recidiven Platz, wo die Zufälle selten, jedoch stets an intercurrenten Schnupfen geknüpft sind.

Es bedarf also der Annahme, dass das seltene Bettnässen im 2. Lebensjahr vor der Operation entweder schon den Anfängen der 3. Form entspricht, oder aber, dass die späteren Recidive auf den wiedergewonnenen Einfluss des primär insufficienten und zeitweilig entlasteten Sphincter zurückgeführt werden müssen.

Die Prognose, die wir den obengenannten Formen, soweit sie ohne Combination zur Beobachtung kommen, geben möchten, wäre folgende:

Prognostisch am günstigsten glauben wir die 3. Form beurtheilen zu müssen, weil durch Entfernung adenoider Vegetationen oder hypertrophischer Schwellung und Verwachsung innerhalb der Nasengänge wir das ganze Hinderniss aus dem Wege zu räumen vermögen, welches durch den Ausfall der nasalen Athmung zur directen Ursache des Leidens wird. Bei der zweiten Form ist der Erfolg der suggestiv-psychischen Behandlung einmal in gewissem Grade an die Empfänglichkeit des Individuums geknüpft, andererseits wird es wohl nie möglich sein, die zur endgültigen Heilung nothwendige Zahl der hypnotischen Sitzungen auch nur annähernd im Voraus zu bestimmen. Die Erfahrung lehrt, dass es ebenso häufig nur sehr weniger, wie andernfalls einer grösseren Reihe von Sitzungen bedarf um der Recidive Herr zu werden.

Weitaus am ungünstigsten steht es selbstredend mit der 1. und häufigsten Form. Es liegt auf der Hand, dass es oft grosser Geduld und Ausdauer bedürfen wird, um die thatsächliche Schwäche des Sphincters endgültig zu überwinden.

Nach diesen kurzen prognostischen Erörterungen möchte ich noch einmal auf den Werth der durch die Dreitheilung ermöglichten präcisen Indicationsstellung zurückkommen und dies an einem bereits oben erwähnten Beispiel erläutern. Wenn König an seinem 18-jährigen kräftigen Mann vermittelst des Inductionsstroms schon innerhalb einer Sitzung einen überraschenden Heilerfolg verzeichnen konnte, so war seine Annahme im verallgemeinernden Sinne, «dass der Sphincter nur einer kräftigen Erregung bedürfe um dauernd gut zu functioniren», gewiss nicht richtig. Wir brauchen ihm nur jene Fälle entgegen zu halten, welche nach Ultzmann fürs Gewöhnliche eine Heilungsdauer von 4—6 und mehr Wochen in Anspruch nehmen, wenn anders die allmählich kräftigende Wirkung des Inductionsstromes zur endgültigen Entscheidung führen soll. Der Erfolg Königs ist vielmehr so zu erklären, dass der Inductionsstrom im Moebius'schen Sinne, d. h. auf rein psychischem Wege und nur unter der wichtigen Voraussetzung einer Vollentwickelung der Schliessmusculatur, wie das bei einem 18-jährigen kräftigen Mann nicht Wunder nimmt, zu einer überraschend schnellen Heilwirkung führen konnte. Es handelte sich also um nichts anderes, als um das 2. Stadium, bezw. die 2. Form der Enuresis nocturna simplex, für welche der Ausspruch Königs auch noch heute — cum grano salis — seine Bedeutung behält.

Im Anschluss an die Besprechung dieser 2. Form muss ferner die Frage von Interesse sein, wie es gelegentlich zu einer, ich möchte sagen, blitzartigen Vereinigung jener Fäden kommen kann, welche unter normalen Verhältnissen nach Abschluss der physiologischen Enurese des Säuglings sich von selbst zwischen Blase und Gehirn, zu knüpfen pflegen.

Die Beantwortung dieser Frage geht von der Thatsache aus, dass diese zweite Form ihrem Wesen nach nichts anderes, als das Product der 1. bedeutet. Hatte das Gehirn einerseits nie die Möglichkeit gehabt bei der absoluten Insufficienz des Sphincters seine regulirende Thätigkeit über die Blase voll und ganz zu entfalten, so war es andererseits im Verlaufe von etwa 16 Jahren trotz der allmählichen Entwickelung des Muskels in einen Zustand der gewohnheitsmässigen Entsagung gerathen. Dass es jetzt nur eines besonderen und zwar psychischen Anstosses bedurfte, um die an und für sich vorhandene, aber latente Kraft in fortdauernde Activität umzusetzen, darf uns nicht Wunder nehmen. Dass dieses psychisch wirkende Moment nicht gerade an die Qualität des elektrischen Stromes gebunden ist, sondern gelegentlich auch durch einen Nadelstich, eine Wasserinjection herbeigeführt werden könnte, brauche ich wohl kaum zu erwähnen. Im Gegensatz zu der rein psychischen Bedeutung, die dem Inductionsstrom bei Behandlung der zweiten Form eingeräumt werden könnte, spielt derselbe so recht eigentlich bei der ersten Form die ihm zukommende Rolle der Kräftigung des Muskels. Nichts destoweniger glaube ich, dass wir der durch die praktische Erfahrung sanctionirten Mittel Trousseaus gegebenen Falles nicht ganz entrathen können und halte es selbstredend für dringend geboten, wie hier so in allen Formen dieses Leidens auf die gleichzeitige Hebung der allgemeinen Constitution zu achten.

Indem ich hiermit die Untersuchungen schliesse, hebe ich noch hervor, dass eine erschöpfende Behandlung unsres Gegenstandes erst dann möglich sein wird, wenn die Forschung über eine breitere Grundlage genauer Beobachtungen und präciser Krankheitsberichte verfügt.

Nichts destoweniger hoffe ich durch Systematisirung des Stoffes und die hierdurch erst ermöglichte Indicationsstellung einen nicht unwichtigen Schritt vorwärts gethan zu haben, der seinerseits nicht verfehlen dürfte die Anregung zu weiteren Untersuchungen innerhalb dieser noch in manchen Punkten unaufgeklärten Frage zu bieten.

Villa Ungula, im Juli 1893.

Literatur.

Trousseau: Ueber das nächtl. Bettpissen der Kinder. Hôpital des enfants malades in Paris. B. XX p. 261.

J. Bradburg: Aus den Verhandlungen d. Gesellschaft f. prakt. Med. in Paris. B. LVI, p. 315.

H. Bohn: Jahrbuch für Kinderheilkunde III, 1, pag. 46, 1869. Zur Behandlung der Harnincontinenz.

Rob. Farquharson: The practitioner. 1879.

Alex. Preyer: Ueber die Ursachen und Behandlung schwerer hartnäckiger Fälle von Enuresis noct. beim männlichen Geschlecht. Berl. Klinik 19. 1890.

Oberländer: Berl. klin. Wochenschrift. 1888.

M. Sänger: Die Behandlung der Enuresis durch Dehnung der Blasenschliessmuskulatur.

Jul. Czillag: Archiv für Kinderheilkunde. XII, V u. VI. 1891.

Königs Handb. für spec. Chirurgie.

R. Ultzmann: Zur Therap. d. Enuresis im Kindesalter. The Obstetrical Journ. Jahrg. 1875, II, p. 179.

L. Dittel: Ueber Enuresis. Wiener med. Jahrb. II. Heft. 1872.

O. Wetterstrand: Hypnotismus.

Liébault: l. c.

George W. Major in Montreal, siehe Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. 1885. p. 222.

Ziem: Ueber Abhängigkeit der Enuresis noct. von Nasenobstruction p. 278.

Emil Bloch: Die Pathol. u. Therap. der Mundathmung, Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1889, pag. 118 u. 119.

Schmaltz: l. c.

Otto Körner: Enuresis bei Mundathmern. Centralblatt f. klin. Medicin. XII. Jahrg. 1891. 23.

Egmont Baumgarten: Sammlung klin. Vorträge 44, pag. 431.

Referate.

Jahresversammlung der British Medical Association in Newcastle-on-Tyne, August 1893

Section für Gynäkologie.

C. J. Cullingworth: Die Pelveoperitonitis der Frau und die pathologische Bedeutung der Tuben für dieselbe. (Brit. med. Journ. Nr. 1702).

Die Beckenperitonitis der Frau ist eine der häufigsten und wohl auch der wichtigsten Frauenkrankheiten. Als M. Bernutz seine klinischen Memoiren veröffentlichte, glaubte man, dass die harten Infiltrationen über dem Scheidengewölbe zu beiden Seiten des Uterus bei Pelveoperitonitis Exsudate im Zellgewebe der ligamenta lata wären. Diese Anschauung gelangte besonders dank der Autorität Nonat's zu allgemeiner Verbreitung: Parametritis, Beckencellulitis und periuterine Phlegmone nannte man diesen Process. Erst die Section zweier klinisch typischer Fälle solcher periuteriner Phlegmone überzeugte Bernutz, dass der Process seinen Sitz nicht im Beckenzellgewebe hatte, sondern dass es sich um eine Verbackung der Beckenorgane durch peritonitisches Exsudat und Adhäsionen handelte. Der erste Fall wurde 1856 beobachtet und im folgenden Jahr von Bernutz publicirt. Die 18-jährige Pat. erkrankte am 8. Tage eines gonorrhoischen Anfalls, um nach 3 Monaten zu Grunde zu gehen. Bei der Autopsie fand man Blase, Uterus, Ligamenta lata und Flexura sigmoidea durch alte Adhäsionen mit einander verklebt. Nach Trennung der Adhäsionen fand man einen intraperitonealen Abscess. Beide Tuben waren hyperämisch, die rechte enthielt 2 Eiterhöhlen, von denen die eine im abdominalen Ende sich befand. Die andere Tube war undurchgängig ohne Eiter zu enthalten. Aber

erst 1862 als Bernutz zusammen mit M. Goupil im Archives générales de Médecine seine klinischen Beobachtungen, die zu den bedeutsamsten Erscheinungen der gynäkologischen Literatur gehören, veröffentlichte, konnte nicht mehr daran gezweifelt werden, dass es sich bei oben erwähnten Schwellungen über dem Scheidengewölbe in der Majorität der Fälle nicht um entzündliche Exsudation in die Basis der Ligamenta lata handele. Letztere sind selten und hat Bernutz nur einen Fall auf dem Sectionstisch gesehen. Die Resultate der Beobachtungen Bernutz' waren folgende: 1) Pelveoperitonitis ist eine häufige Krankheit, 2) die dabei zur Beobachtung gelangenden Tumoren bestehen aus verschiedenen mit einander entzündlich verbackenen Organen, 3) die Ursache der Pelveoperitonitis sind immer Entzündungen der Ovarien oder Tuben.

Es ist zu verwundern, dass trotz dieser überzeugenden Arbeiten die alten Anschauungen noch 20 Jahre gelehrt wurden und zum Theil auch heute noch die Basis für die Lehre von der Pelveoperitonitis bilden. So z. B. war der verstorbene Matthews Duncan der Meinung, dass, so richtig auch für viele Fälle die Anschauungen Bernutz' seien, man doch nicht alle Fragen durch Autopsien beantworten könne. Erst der von Hegar, Lawson Tait und Battey eingeführten Adnexoperation war es beschieden den Anschauungen Bernutz' allgemeine Geltung zu verschaffen. Die Zahl der ausgeführten Operationen wuchs bald, so dass Battey 1881 auf dem Internationalen Medicinischen Congress in London eine Liste von 193 completen und 25 partiellen Adnexexstirpationen mit 18 pCt. Mortalität vorlegen konnte. Tait hatte bald darauf die Möglichkeit über 26 Fälle mit einem Todesfall, und Savage über ebensoviele ohne Todesfall zu berichten. Die Beobachtungen auf dem Operationstisch haben aber viel mehr Bedeutung als Sectionsergebnisse. Bei der Section handelt es sich häufig um so weit vorgeschrittene Fälle, dass es schwierig ist den Ausgang und die Entwickelungsphasen des Krankheitsprocesses zu verfolgen.

In den letzten 5—6 Jahren habe ich ca. 100 Laparotomien gemacht in Fällen, die ich früher sicher als Beckenzellgewebsentzündung bezeichnet hätte. In den meisten derselben fand ich letztere nicht, oder wo dieselbe vorkam, handelte es sich um Secundärerscheinungen nach Salpingitis und Peritonitis. Das Exsudat im Lig. lat. war nie dicker als ¹/₈ Zoll und entging der bimanuellen Untersuchung. Bei der Operation fand ich gewöhnlich, dass das adhärente Netz die Beckenorgane bedeckt. Nach Lösung desselben präsentiren sich letztere, wobei sie eine Masse bilden, aus der häufig nur der Fundus uteri frei vorragt. Verfolgt man die für gewöhnlich freien uterinen Abschnitte der Tuben nach aussen, so findet man, dass dieselben ¹/₂ Zoll vom Uterushorn entfernt in die adhärente Masse hinein verlaufen. Letztere besteht aus den mehr oder weniger entzündeten Adnexis. Die veränderte Tube umgiebt gewöhnlich das Ovarium. Dieses kann normal sein ist aber allseitig adhärent. Manchmal findet man es im Beginn cystischer Degeneration. Besonders ist dies der Fall, wenn der Tumor so gross ist, dass er den Uterus nach der entgegengesetzten Seite drängt. In vielen Fällen findet man die Cysten vereitert. Primäre acute oder chronische Ovaritis, wie sie von vielen Autoren als häufige Ursache der Pelveoperitonitis angesehen wird, habe ich kaum jemals gesehen. Die Peritonitis nimmt stets ihren Ausgang vom Fimbrienende der Tuben. Wo der Inhalt der Tube seröseitrig ist, äussert sich die Peritonitis nur in dichten Adhäsionen. Bei rein eitrigem Tubeninhalt bildet sich ein intraperitonealer Abscess innerhalb zahlreicher Adhäsionen. Ist das Tubenendeaber verschlossen, so dehnt der sich stauende Eiter die Tube aus, manchmal gleichmässig, häufiger unregelmässig, indem es zur Bildung mehrerer Eiterheerde kommt. Die Tubenwand ist in acuten Fällen hochgradig injicirt und geschwollen und mit eitrigem oder schleimig-eitrigem Secret bedeckt. Bei offenem Tubenende hat die Schleimhaut ein mehr oder weniger normales Aussehen, nur in der Umgebung des adhärenten abdominalen Ostiums findet man hochgradige Injection und Oedem. Bei der chronisch entzündeten Tube ist die Muscularis verdickt und entzündlich infiltrirt. Die Muskelfibrillen sind durch Exsudat auseinander gedrängt: die Tubenwand kann bis ¹/₂ Zoll dick werden. Ausser der Circumferenz nimmt häufig auch die Länge der Tube zu. Da letzteres meist nur an begrenzten Stellen statt hat, kommt es zu Schlängelungen und Knickungen. Durch letztere zerfällt der Kanal in gesonderte Abschnitte. Weiter kann die eiterhaltige Tube mit einer Ovarialcyste verkleben, es kann durch Ulceration zum Durchbruch in letztere kommen, wobei sich ein Tubo-Ovarialabscess bildet, als dessen Folge eine heftige, lebensgefährliche Attaque von Beckenperitonitis auftritt. In den meisten Fällen von retortenförmigen Geschwülsten, wo die Tube in eine grössere Abscesshöhle führt, handelt es sich um Tuboovarialabscesse. Eine ähnliche Ausdehnung der Tube selbst ist eine seltene und interessante Form des Pyosalpinx. Bei einseitiger Salpingitis findet man manchmal das erkrankte Fimbrienende in die andere Beckenhälfte herübergeschlagen; infolge dessen sind die gesunden Adnexe dieser Seite von Adhäsionen umgeben. Letztere bringen einen Verschluss des Ostium abdominale der gesunden Tube zustande, als deren Folge sich ein Hydrosalpinx entwickelt. Hämatosalpinx ist als Complication der Salpingitis viel seltener und meist Folge tubarer Gravidität. Wir sehen also, dass die Tuben eine grosse Rolle beim Zustandekommen der Pelveoperitonitis spielen. Da das Tubenlumen in continuirlichem Zusammenhang mit dem Uterus und der Vagina sich befindet, ist eine Fortpflanzung infectiöser Processe von dort her leicht begreiflich. Andrerseits genügt eine leichte Schwellung, um die sehr feine Communication mit dem Uterus zum Verschluss zu bringen. Es bleibt nur ein Abfluss für die Secrete durch das abdominale Ende oder auch dieses ist verschlossen. Diese Verhältnisse bedingen die Folgenschwere der Tubenerkrankungen.

Bei der Therapie der Adnexerkrankungen ist die Entfernung der Uterusanhänge durchaus zu befürworten. Natürlich gilt das nicht für alle Fälle. Viele entzündete Tuben heilen ohne Operation. In einer ganzen Zahl von chronischen, seltener acuten Erkrankungen kann aber nur die Operation das Leben retten. Wieder andere Fälle von Tubenerkrankungen bedingen chronisches Siechthum und Invalidität, auch diese Fälle unterliegen dem Messer, besonders gilt das für die arbeitende Klasse. Die Operation ist jedenfalls eine Bereicherung unserer Therapie, die in vielen Fällen grosse Triumphe feiert.

W. Beckmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

H. Paschkis: Kosmetik für Aerzte. Wien 1893. Verlag A. Hölder. 276 Seiten.

Verfasser schickt dem Hauptheil seiner Arbeit ein Capitel voraus, welches uns das Ideal eines wohlgeformten Körpers vor Augen stellt und auf die Fehler und Abweichungen mannigfacher Art aufmerksam macht. Hierauf folgt die Besprechung verschiedener Hautaffectionen unschuldiger Art, wie Acne, Sommersprossen, Seborrhoe etc., gegen die eine Fülle von Arzneimitteln angegeben wird; es finden sich Recepte die acht, ja elf verschiedene Ingredienzien enthalten. Wenn auch nicht zu leugnen ist, dass man manchen guten Rathschlag aus vorliegendem Buch schöpfen kann, so scheinen Ref. doch einige Capitel mit zu grosser Ausführlichkeit behandelt worden zu sein. Dahin gehört die Besprechung der verschiedenen Toilettenpulver, Waschwasser, Pomaden, Schminkpulver etc. Der praktische Arzt wird auch schwerlich in Verlegenheit kommen, sich für eines der 26 Haarfärbemittel entscheiden zu müssen, wie es auch viel verlangt ist, dass derselbe bei Anwendung von Schminken, von welchen eine stattliche Zahl namhaft gemacht wird, allerhand Nebenumstände im Auge haben soll, wie Haarfarbe, Beleuchtung u. s. w. — Umstände, die den Arzt bei der passenden Auswahl einer Schminke leiten sollen. Die Applicationsmethode ist zu variiren: in dem einen Fall ist die Schminke mit einem Polsterchen aus Peluche, in einem anderen mit einer Hasenpfote aufzustreichen — in dieser Hinsicht ist Verf., wie Ref. scheint, über das praktische Bedürfniss des Arztes hinausgegangen. Kommt dieser ein Mal in den Fall, sich über dieses oder jenes Kosmeticum instruiren zu wollen, so findet er in diesem Werk gewiss die nöthige Aufklärung.

Lingen.

Vermischtes.

— Zu Ehren des Professors J. P. Mierzejewski wird anlässlich seines 30 jährigen Dienst- und Docentenjubiläums von den Collegen, Verehrern und ehemaligen Schülern desselben am 25. September im Restaurant Cubat ein Festessen veranstaltet. Als Ausrichter fungiren die DDr. Nishegorodski, Rosenbach und B. W. Tomaszewski. Prof. Mierzejewski giebt, wie wir bereits mitgetheilt haben, mit diesem Semester seine Lehrthätigkeit an der militärmedicinischen Academie auf.

— Dr. Joseph Motschutkowski ist aus Odessa hierselbst eingetroffen, um seine neue Stellung als Consultant für Nervenkrankheiten am hiesigen klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna anzutreten. Vor seiner Abreise aus Odessa wurden ihm daselbst mehrfache Ovationen dargebracht. Am 31. August veranstalteten die Gesellschaft Odessaer Aerzte und die dortige balneologische Gesellschaft, deren Präsident Dr. Motschutkowski bis zu seiner Abreise war, zu Ehren des Scheidenden eine gemeinschaftliche Sitzung. In derselben machte der Vicepräsident der balneologischen Gesellschaft, Dr. Finkelstein nach einer kurzen Ansprache die Mittheilung, dass die beiden Gesellschaften, um das Andenken ihres scheidenden Präsidenten bleibend in Odessa zu erhalten, verschiedene Stiftungen auf seinen Namen gemacht haben und zwar ist von ihnen beschlossen worden: 1) Dr. Motschutkowski zum Ehrenmitgliede der Gesellschaft Odessaer Aerzte zu ernennen. (Ehrenmitglied der balneologischen ist er schon längere Zeit.) 2) Sein Portrait im Sitzungssaale aufzuhängen. 3) Eine der nächsten Nummern der «Jushno

Russkaja Medizinskaja Gaseta». deren Mitredacteur M. war, einer ausführlichen Besprechung der Verdienste Motschutkowski's als wissenschaftlichen Forschers, Arztes und Stadtverordneten zu widmen; 4) Ihm ein Album mit den Photographien aller Mitglieder der beiden Gesellschaften zu überreichen; 5) Ein Heft der «Arbeiten der Odessaer balneologischen Gesellschaft» ihm zu widmen und 6) Ein Capital auf den Namen Motschutkowski's für die stationäre Behandlung von Kindern in dem von ihm gegründeten Ambulatorium zu stiften.

— Zum Nachfolger Prof. Batalin's auf dem Lehrstuhl der Botanik an der militär-medicinischen Academie, ist, wie verschiedene Blätter melden. Prof. J. P. Borodin, welcher schon früher einmal diesen Lehrstuhl an der Academie einnahm. in Aussicht genommen.

— Zum temporären Leiter der Odessaer bakteriologischen Station ist an Stelle des als Professor der Hygiene nach Kasan berufenen Dr. Buiwid neuerdings Dr. Peter Diatroptow ernannt worden.

— Die Herausgeber der hiesigen medicinischen Zeitschrift «Russkaja Medicina» Dr. Kossorotow und Dr. Fomin sind als Redacteure derselben bestätigt worden. Es zeichnen jetzt als Redacteure der erwähnten Zeitschrift Prof. N. P. Iwanowski und die Obengenannten.

— Verstorben: 1) Am 7. August im Kirchdorfe Krapiwna (Podolien) Staatsrath Dr. Heinrich Sellheim im eben vollendeten 71. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1840—46 studirte und i. J. 1848 die Doctorwürde erlangte. Seine ärztliche Thätigkeit begann er i. J. 1847 als Ordinator am Marinehospital in Kronstadt und war dann successive Arzt bei den Admiralitäts-Fabriken zu Kolpino, 1854—62 Arzt beim landwirthschaftlichen Institut in Gorigorezk, 1862—75 Bezirksarzt des St. Petersburger Findelhauses und zuletzt Landarzt in Merjama (Estland). Im Jahre 1888 gab er seine praktische Thätigkeit dort auf und lebte in Reval. 2) Am 31. August in Kurtenhof (Livland) der jüngere Arzt der 29. Artilleriebrigade Theodor Jürgens. 3) Am 3. September bei St. Petersburg der noch junge Arzt Dr. Eduard Bohnstedt. 4) Am 9. September in Strelna der ältere Arzt des I. Eisenbahnbataillons, Staatsrath Dr. Michael Ssudakow, im 49. Lebensjahre. Nach Absolvirung des Cursus an der medico-chirurgischen Academie wurde S. Militärarzt und machte als solcher auch den russisch-türkischen Feldzug mit. 5) In Tiflis einer der ältesten dortigen Aerzte Daniel Lissizew, welcher i. J. 1852 den Arztgrad erlangt hatte und einige Zeit auch Secretär bei der kaukasischen Militär-Medicinalverwaltung war. 6) In Berlin der Oberstabsarzt I. Classe und Chefarzt des dortigen Garnisonslazareths. Dr. Leopold Müller. Der Verstorbene hat eine eigenartige Culturmission erfüllt. insofern er deutsches Wissen und deutsche Bildung nach Japan verpflanzte. Er war es, der mit Theodor Hoffmann die medicinisch-chirurgische Academie in Tokio begründete und mit ihm zu Anfang den ganzen medicinischen Unterricht ertheilte. 7) In Schottland Dr. Parke, früher ärztlicher Begleiter der von Stanley geführten Emin-Pascha-Expedition, plötzlich im 36. Lebensjahre.

— Vor Kurzem beging der bekannte Physiologe Prof. Dr. L. Hermann in Königsberg, sein 25-jähriges Docentenjubiläum. Der Jubilar war anfangs Professor in Zürich und wurde 1884 nach Königsberg berufen. Seinen Ruf begründeten sein vielbenutzter Leitfaden der Physiologie und das von ihm herausgegebene grosse «Handbuch der Physiologie» für welches er die Abschnitte über allgemeine Physiologie der Muskeln und Nerven selbst geschrieben hat.

— Die Russische Pharmaceutische Gesellschaft begeht hierselbst am 21. September das 75-jährige Jubiläum ihres Bestehens mit einer Festsitzung in ihrem Sitzungslocale und einem daran sich schliessenden Diner.

— Am 19. October d. J. vollenden sich 25 Jahre des Bestehens der Ssimbirskischen medicinischen Gesellschaft. Zu diesem Tage wird ein ausführlicher Bericht über die Thätigkeit der Gesellschaft in den verflossenen 25 Jahren erscheinen.

— Zur Aufnahme in die Zahl der Studirenden der hiesigen militär-medicinischen Academie hatten sich in diesem Semester 278 Personen gemeldet, von denen nur 145 Aufnahme gefunden haben. Unter ihnen befinden sich 60 Personen, welche den Gymnasialcursus mit der goldenen Medaille absolvirt haben. In den II. Cursus der genannten Academie sind 11 Candidaten der physiko-mathematischen Facultät aufgenommen worden.

— In den ersten Cursus der Moskauer Universität sind im Beginn dieses Semesters 889 Personen aufgenommen worden, von denen 254 für die medicinische Facultät inscribirt wurden. Die Gesammtzahl der Studirenden beträgt gegenwärtig 3895, von denen 1207 Mediciner sind. Ausserdem besuchen 66 Apothekergehülfen die Vorlesungen.

— In die Kasansche Universität sind in diesem Semester 130 Personen neu eingetreten (weniger als im vorigen Jahre), von denen 70 sich dem Studium der Medicin widmen.

— In diesem Jahre findet an der Universität Tomsk die erste Entlassung der Studirenden statt, welche den Cursus in der medicinischen Facultät absolvirt haben. Leider sind zwei Studenten aus der Zahl dieser Abiturienten (Temirow und Petropawlowski) vor Kurzem bei einer Bootfahrt in dem Flusse Tomj ertrunken.

— Der Prof. extraord. der Physiologie an der Berliner Universität, Dr. Gad, erster Assistent Prof. Dubois-Reymond's, zieht auf ein Jahr nach Nordamerika, um den physiologischen Unterricht an der Universität Cleveland in Ohio zu organisiren. (Allg. m. C.-Ztg.)

— Die Einführung der Aerztekammern in Oesterreich ist endlich zur Thatsache geworden. Mittelst Erlasses des österreichischen Ministers des Innern sind in allen Kronländern, mit Ausnahme von Böhmen, die Wahlen für die Aerztekammern angeordnet worden.

— Von der als mustergiltig anerkannten «Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde», welche von Prof. Albert Eulenburg in Berlin herausgegeben wird, beginnt bereits die dritte Auflage zu erscheinen. Die nach verhältnissmässig kurzer Frist nothwendig gewordene neue Auflage liefert einen glänzenden Beweis für die Anerkennung, welche dieses monumentale Werk der deutschen medicinischen Literatur in der ärztlichen Welt gefunden hat. Vor 10 Jahren erst wurde die erste Auflage des trefflichen Werkes und vor etwas mehr als drei Jahren die zweite Auflage vollendet und schon ist letztere so weit vergriffen, dass der Herausgeber mit seinen zahlreichen bewährten Mitarbeitern an eine neue verbesserte Auflage gehen konnte. Als besonders anerkennenswerth verdient hervorgehoben zu werden, dass durch sachkundige Zusammenfassung und Vermeidung jeder Wiederholung die dritte Auflage der «Real-Encyklopädie» gegenüber der zweiten Auflage eine nicht unbedeutende Verkürzung erfahren wird. Bf.

— Ueber den Stand der Choleraepidemie in Russland bringt das letzte officielle Cholerabulletin vom 11. September Nachrichten aus 20 Gouvernements und 4 Städten (Petersburg, Moskau, Kronstadt und Sewastopol). Mehr als 100 Erkrankungen in der Woche weisen die Gouvernements Woronesh (397 Erkr. mit 207 Todesf.), Orel (225 resp. 80), Tula (221 resp. 80), Grodno (189 resp. 114), Poltawa (139 resp. 68), Moskau (124 resp. 74), Charkow (120 resp. 58) und Wladimir (117 resp. 47) auf. In der Stadt Orel soll, telegraphischen Nachrichten zufolge, die Cholera erloschen sein. Ebenso macht sich in der Stadt Moskau eine Abnahme der Epidemie bemerkbar. Am 12. September erkrankten dort nur 4 Personen, starben 2, genasen 5 und blieben 27 Personen in Behandlung. In St. Petersburg beträgt die Zahl der Neuerkrankungen noch immer 50—60 täglich, jedoch übersteigt in der letzten Woche die Zahl der Genesenen bereits die der Todesfälle. Vom 8. bis 15. Sept. (12 Uhr Mittags) erkrankten hier 170 Pers., genasen 170, starben 167 und blieben 287 Personen in Behandlung.

In Deutschland sind Choleraerkrankungen in Berlin und im Rheingebiet sporadisch vorgekommen, nur in Hamburg ist die Cholera wieder ziemlich heftig aufgetreten mit 33 pCt. Mortalität. In Ungarn hat die Zahl der Cholerafälle in der letzten Woche gegen 800 betragen. In Frankreich ist sie am stärksten in Brest aufgetreten. In Neapel und Palermo macht die Seuche Fortschritte, ebenso in Holland. Auch aus England werden Choleraerkrankungen gemeldet.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 11. September d. J. 5718 (132 mehr als in der Vorwoche), darunter 365 Typhus — (6 mehr), 608 Syphilis — (66 mehr), 44 Scharlach (4 mehr), 14 Diphtherie — (7 mehr), 13 Masern — (2 mehr), 14 Pocken — (6 mehr) und 279 Cholerakranke — (101 mehr als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Belebei (Gouv. Ufa). Gehalt 1200 R. jährlich. Die Progongelder bis Belebei werden zurückerstattet. Baldige Meldung erbeten unter der Adresse: «Белебеевская Земская Управа».

2) Für die Widomskischen Goldwäschereien bei Kirensk (Gouv. Irkutsk) wird ein Arzt gesucht. Gehalt 5000 R. (?) nebst freier Wohnung und Equipage mit Pferden. Nähere Auskünfte ertheilt Dr. A. M. Mogiljanski (Удельная станція финляндсой ж. д., Ярославскій проспектъ № 95).

3) Von dem Landschaftsamte in Brjansk (Gouv. Orel) werden zwei Aerzte zur Bekämpfung der Cholera gesucht. Gehalt 150 R. monatlich. Telegraphisch zu melden bei der «Брянская Уѣздная Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 5 bis 11. September 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
370	261	631	80	26	81	11	5	31	109	97	65	48	42	27	7	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 2, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 2, Scharlach 7, Diphtherie 3, Croup 1, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 19, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 220, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkraukheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 64, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 28, Marasmus senilis 23, Krankheiten des Verdauungscanals 73, Todtgeborene 21.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 21. September.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 27. September.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

M. Winkler, Соляной пер. д. 4, кв. 11.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Marie Mohl, В. О. 1. л. д. 44 кв. 3.

Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.

Frau **Marie Kubern**, Мойка 84, кв. 19.

Frau **A. Wiander**, Вас. Остр. 7 л. д. 9. кв. 6.

Sophie Jordan, Вас. Остр., 10 лин. д. 11. кв. 9.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ д. 9, кв. 9.

Fr. **Amalie Schulze**, Офицерская 55/17, кв. 93.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп. д. 5, кв. 18.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Вѣра Андрѣевна Скорлигина, Невскій пр. д. 98, кв. 6.

Дозв. ценз. Спб. 17 Сент. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 39 St. Petersburg, 25. September (7. October) **1893**

Ueber die Leucocyten des Blutes und die Blutgerinnung.

Vortrag, gehalten auf dem V. Livländischen Aerztetage.

Von

Doc. Dr. Friedrich Krüger.

M. H. Die kurze Spanne Zeit, die mir zur Verfügung steht, macht es mir unmöglich, auf die Einzelheiten beim Vorgange der Gerinnung und auf die Frage, welche Bestandtheile der Leucocyten hauptsächlich an derselben Theil nehmen, näher einzugehen; ebenso wenig kann ich mich darauf einlassen, die von verschiedenen Seiten gegen die Al. Schmidt'sche Blutgerinnungstheorie erhobenen Bedenken einer Wiedergabe und Kritik zu unterziehen. Ich muss mich vielmehr darauf beschränken, die Gerinnungstheorie Al. Schmidt's der Hauptsache nach mit wenigen Worten anzuführen. Dieselbe lautet, kurz gefasst:

«Durch die spaltende Kraft des Plasma wird das Fibrinferment von den weissen Blutkörperchen abgespalten und durch die Einwirkung dieses das Fibrin aus den Fibringeneratoren — Paraglobulin und Metaglobulin — gebildet».

Die Hauptfactoren bei der Gerinnung sind somit das Plasma und die weissen Blutkörperchen.

Es ist aber eine bekannte Thatsache, dass nach beendeter Fibrinbildung immer noch eine gewisse Menge weisser Blutkörperchen sich im Blute vorfindet, dass also nicht alle Leucocyten in gleichem Maasse sich an der Gerinnung betheiligen.

Rauschenbach [1]) ist es gelungen nachzuweisen, dass diese, sich bei der Gerinnung verschieden verhaltenden Zellenarten auch einigen Farbstoffen gegenüber (Eosin, Carmin) sich verschieden zeigen: die bei der Gerinnung leichter zerfallenden Zellen weisen ein geringeres Tinctionsvermögen auf, als die resistenteren.

[1]) Rauschenbach. Ueber die Wechselwirkung zwischen Protoplasma und Blutplasma.

Das Factum, dass einerseits nicht alle weissen Blutkörperchen bei der Gerinnung zu Grunde gehen, andererseits dieselben je nach ihrer Resistenzfähigkeit ein verschiedenes Tinctionsvermögen besitzen, legte die Vermuthung nahe, dass dem verschiedenen Verhalten der Leucocyten bei der Gerinnung morphologische Verschiedenheiten derselben entsprechen würden d. h. dass die ein- und mehrkernigen weissen Blutkörperchen nicht in gleicher Weise sich an der Gerinnung betheiligen. Diese Vermuthung fand durch die Untersuchungen des Herrn Collegen H. Berg [2]) ihre Bestätigung.

Die Frage, ob die mehrkernigen Leucocyten aus den einkernigen entstehen oder ob die Verschiedenartigkeit der Kerne der Leucocyten der Ausdruck einer verschiedenen Bildungsstätte derselben ist, will ich zunächst unberücksichtigt lassen und direct auf die Resultate Berg's übergehen.

Die Versuche führten wir an gekühltem Pferdeblutplasma einerseits und Hunde- und Katzenblut andererseits aus. Zur Färbung und Conservirung der Leucocyten benutzten wir $^1/_3$ pCt. Essigsäure, welche mit conc. wässeriger Methylviolettlösung so lange versetzt wurde bis das Gemisch ungefähr die Farbe einer hellvioletten Tinte zeigte. Die Zählungen selbst wurden nach Thoma-Zeiss ausgeführt. Dabei wurden nur solche Leucocyten als «einkernig» bezeichnet, deren Kern streng die kreisförmige Contur einhielt. Sobald sich die geringsten Abweichungen von der Kreisform, wie Einbuchtungen, Einknickungen und dergl. vorfanden, wurden sie den «mehrkernigen» zugezählt.

Es ergab sich nun aus den in dieser Weise ausgeführten Versuchen, in Uebereinstimmung mit den Resultaten von Heyl [3]), dass durch den Process der Gerinnung der grösste Theil der ursprünglich im Blut vorhandenen Leucocyten zum Schwund gebracht wird. Wie Heyl konnten auch wir constatiren, dass das Pferde-

[2]) H. Berg. Ueber das Verhalten der weissen Blutkörperchen bei der Gerinnung. Inaug.-Dissert., Jurjew, 1893.
[3]) N. Heyl. Zählungsresultate betreffend die farblosen und rothen Blutkörperchen. Inaug.-Dissert., Dorpat, 1882.

blutplasma durch das Defibriniren durchschnittlich 71 pCt. seiner Leucocyten verliert.

Weniger hochgradig ist, soweit wir uns nach unseren wenigen Versuchen einen Schluss erlauben dürfen, der Verlust an Leucocyten im rothen Blute von Hunden und Katzen, wir fanden denselben zu etwa 46 pCt. Es unterliegt keinem Zweifel, dass diese Leucocyten zu Grunde gehen, um sich an der Gerinnung zu betheiligen.

Die Betheiligung ist aber, wie unsere Beobachtungen weiter ergeben haben quantitativ verschieden von Seiten der mehr- und einkernigen weissen Blutkörperchen. Es hat sich für das Pferdeblutplasma herausgestellt, dass durch das Defibriniren nahezu 80 pCt. der mehrkernigen und nur 40 pCt. der einkernigen Leucocyten zu Grunde gehen. Noch deutlicher tritt dieser Unterschied beim Katzen- und beim Hundeblute zu Tage, wo 58 pCt. der mehrkernigen und 10 pCt. der einkernigen weissen Blutkörperchen zum Schwunde gebracht werden durch die Gerinnung. Bedenken wir nun, dass im lebenden Blute auf 100 Leucocyten 75 mehr- und nur 25 einkernige kommen, so stellt sich heraus, dass auf 100 bei der Gerinnung zu Grunde gegangene Leucocyten nur die verschwindend kleine Zahl von 5—6 einkernigen kommt.

Es entsteht nun die Frage: Wie soll man sich einerseits die Resistenz eines Theiles der mehrkernigen Leucocyten und andererseits das Schwinden eines Theiles der einkernigen Leucocyten durch die Gerinnung erklären?

Das Unbetheiligtbleiben eines Theiles der mehrkernigen farblosen Blutkörperchen an der Gerinnung lässt sich leicht verstehen, wenn man mit Löwit [4]) annimmt, dass die morphologischen Verschiedenheiten nur der Ausdruck verschiedener Entwickelungsstadien einer und derselben Art sind und dass die Leucocyten mit mehreren Kernfragmenten die ältesten und hinfälligsten Formen darstellen.

Schwieriger ist die Beantwortung des zweiten Theiles der Frage, doch, glaube ich, ist folgende Erklärung möglich.

Es wäre nämlich denkbar, dass, ähnlich wie die rothen Blutkörperchen sich in Geldrollenform an einander lagern, auch die weissen Blutkörperchen, in Folge physikalischer und vitaler Bedingungen, zusammentreten, mit einander verbacken und Klümpchen bilden. In diesen Klümpchen zerfallen dann zunächst die am wenigsten resistenten Leucocyten unter Bildung eines Fibrinnetzes, welches die resistenteren umschliesst; je nach der «Reife zum Zerfall» schreitet nun die Lösung der Leucocyten unter fortdauernder Fibrinbildung verschieden rasch vorwärts bis schliesslich nur die an der Gerinnung nicht Theil nehmenden einkernigen farblosen Blutkörperchen, vom Fibrin eingeschlossen, intact bleiben.

Diese Hypothese findet, wie mir scheinen will, in der mikroskopischen Beobachtung Al. Schmidt's eine Unterstützung.

Al. Schmidt fand nämlich, dass die kleinen Flöckchen, die im gekühlten Pferdeblutplasma entstehen, ursprünglich fast ausschliesslich aus Leucocyten bestehen, die durch eine gallertige Masse zusammengehalten werden und sehr bald zu Körnerhaufen zerfallen, um allmählich vollständig zu verschwinden; in demselben Maasse, wie dieser Schwund vor sich geht, bildet sich der Faserstoff aus, so dass man schliesslich Fibrin vor sich sieht, in dem nur sehr wenige dem Zerfall entgangene farblose Blutkörperchen sich finden [5]).

Leider war ich bisher, durch von mir unabhängige Umstände, verhindert, die oben aufgestellte Hypothese experimentell auf ihre Richtigkeit zu prüfen.

Die bisher gewonnenen Resultate berechtigen uns aber jedenfalls zur Aufstellung folgender Sätze:

1. Im lebenden Blute überwiegt die Zahl der mehrkernigen Leucocyten die der einkernigen bei Weitem. (75—80 : 25—20).

2. Durch den Process des Defibrinirens wird die Mehrzahl der Leucocyten zum Schwunde gebracht: dabei gehen hauptsächlich die mehrkernigen zu Grunde.

Für das normale Menschenblut fand Löwit [6]) das Verhältniss der ein- zu den mehrkernigen Leucocyten = 20 : 80; im geronnenen Blute hat er dieselben nicht gezählt; es liegt jedoch nicht der mindeste Grund vor zur Annahme, dass sie sich bei der Gerinnung anders verhalten, als die weissen Blutkörperchen der von uns untersuchten Blutarten.

Bevor ich nun auf die diesbezüglichen Verhältnisse im kranken Blute übergehe, muss ich betonen, dass ich hinsichtlich der Bedeutung und Entstehung der ein- und mehrkernigen Leucocyten voll und ganz der Ansicht Löwit's mich anschliesse, d. h. dass auch ich die verschiedenen Formen der Leucocyten mit Rücksicht auf die Gestalt ihrer Kerne nicht, wie es vielfach, namentlich in neuerer Zeit, geschieht für verschiedene Arten je nach der Bildungsstätte, sondern nur für verschiedene Entwicklungsstadien einer und derselben Art halte, von denen die einkernigen die jüngsten, die mit mehreren deutlich getrennten Kernfragmenten die ältesten Individuen darstellen. Unter dieser Auffassung ist es auch leicht verständlich, warum bei der Gerinnung in so hohem Maasse die sog. mehrkernigen Leucocyten zu Grunde gehen, während die einkernigen relativ resistent erscheinen. Diese müssen eben im Blute selbst erst noch, wie Al. Schmidt sich ausdrückt, «dem Zerfall entgegenreifen».

Es würde mich, m. H., viel zu weit führen, wollte ich mich noch länger bei dieser Frage aufhalten und all' das Pro und Contra der angeführten Anschauung aufzählen. Gestatten Sie mir daher, nunmehr zur Betrachtung der weissen Blutkörperchen des kranken Blutes überzugehen.

Zwei «Bluterkrankungen», wenn Sie mir den Ausdruck gestatten, sind es, die heute unser Interesse beanspruchen müssen — die Leucocytose und die Leucaemie in ihren verschiedenen Formen.

Selbst in den gebräuchlichsten Lehrbüchern wird jedoch auf die Leucocytose kein grosses Gewicht gelegt und nur en passant wird dieselbe erwähnt.

Als differential-diagnostisches Merkmal gegenüber der Leucaemie wird angegeben, dass bei ihr die Vermehrung der weissen Blutkörperchen nur vorübergehend und nie so hochgradig ist, wie bei der Leucaemie.

Wenn wir aber dessen eingedenk sind, dass es Fälle von Leucaemie giebt, in denen Organerkrankungen nicht nachweisbar sind, ferner, dass sehr wohl Fälle von Anaemien verschiedener Art mit Leucocytose combinirt denkbar sind; wenn wir weiterhin die Möglichkeit nicht aus dem Auge lassen, dass wir nur deswegen bei Leucaemie eine so starke Vermehrung der farblosen Blutkörperchen antreffen, weil die Kranken den Arzt in der Regel erst in vorgeschrittenen Fällen consultiren und vielleicht im Beginn der Erkrankung die erwähnte Leucocytenvermehrung nicht so hochgradig ist, so werden wir zugeben müssen, dass der Befund der üblichen mikroskopischen Blutuntersuchung nicht immer im Stande sein wird, uns eine genügend sichere Differentialdiagnose zwischen Leucocytose und Leucaemie stellen zu lassen. Rein quantitative Unterschiede lassen sich überhaupt nicht zu sicheren differentialdiagnostischen Zwecken verwerthen — bei welchen Zahlen soll denn die Leucocytose aufhören und die Leucaemie beginnen?!

Wir müssen also nach Unterschieden im Blute Leucocytotischer und Leucaemischer fahnden, die differential-

[4]) Löwit. Ueber Neubildung und Zerfall weisser Blutkörperchen. Sitzgsber. d. k. Akad. d. Wiss. in Wien. Bd. 92. 1885.
Löwit. Studien zur Physiologie und Pathologie des Blutes und der Lymphe. Verlag von G. Fischer, Jena, 1892.

[5]) Al. Schmidt. Pflüger's Archiv. Bd. IX und XI.

[6]) l. c.

diagnostisch verwerthbar wären. Solche Unterschiede scheinen nun thatsächlich vorzuliegen. Das Verhältniss der ein- und mehrkernigen farblosen Blutkörperchen zu einander ist nämlich ein verschiedenes bei Leucaemie und Leucocytose.

Wir haben gesehen, dass unter physiologischen Bedingungen im Menschenblute auf 100 Leucocyten 80 mehrkernige und 20 einkernige kommen. Das Verhältniss derselben ist nun, nach den Beobachtungen von Löwit[7]) bei der Leucocytose der Norm gegenüber nicht geändert. Die Menge der einkernigen weissen Blutkörperchen schwankte in den von ihm untersuchten Fällen zwischen 10 und 20 pCt., die der mehrkernigen dementsprechend zwischen 90 und 80 pCt. «Aus diesen Beobachtungen», sagt Löwit, «geht hervor, dass das Mengenverhältniss zwischen einkernigen und mehrkernigen Leucocyten gegenüber dem normalen Blut keine wesentlichen Aenderungen zeigt und dass daher wohl auch die Umwandlungen der einkernigen in mehrkernige weisse Blutkörperchen im circulirenden Blut bei Leucocytose in der gleichen Weise, wie unter normalen Verhältnissen vor sich gehen dürfte.

Auf die Bedeutung dieses Letzteren werde ich später noch zurückkommen.

Bei der Leucaemie kehrt sich das Verhältniss zwischen den ein- und mehrkernigen Leucocyten der Norm gegenüber um, wie Löwit[8]) durch wiederholte Zählungen bei 12 Leucaemischen hat constatiren können und was auch ich durch 2 untersuchte Fälle bestätigen kann. In der Mehrzahl der Fälle übersteigt die Zahl der einkernigen weissen Blutkörperchen die der mehrkernigen um ein Bedeutendes.

Diese soeben genannten Befunde am Blute Leucaemischer und Leucocytotischer verdienen meiner Ansicht nach, die Beachtung der Kliniker, denn sie geben ihnen ein werthvolles differentialdiagnostisches Mittel in die Hand. Die Untersuchungsmethode ist zudem eine so leichte und bequeme, dass sie ohne viel Zeitverlust von jedem praktischen Arzte ausgeführt werden kann.

Kommt es nur darauf an, das Verhältniss zwischen ein- und mehrkernigen Leucocyten festzustellen, so lässt man aus der Fingerkuppe des Patienten 2—3 Tropfen Blut zu 10 resp. 15 Tropfen der oben angegebenen Methylviolett-Essigsäure-Lösung fliessen, mischt ordentlich durch, bringt von diesem Gemisch ein Tröpfchen auf den Objectträger und zählt die ein- und mehrkernigen farblosen Blutkörperchen im Gesichtsfelde. Will man genauer vorgehen, so benutzt man die Malassez'sche Mischpipette und die Thoma-Zeiss'sche Zählkammer.

Besser als die erwähnte Conservirungsflüssigkeit, soll nach Löwit[9]), $^1/_4$—$^1/_2$ pCt. $AgNO_3$-Lösung sein, da durch die Säure, nach ihm, die Kerne der grossen einkernigen Leucocyten leicht in ihrer Form verändert werden können u. zw. derart, dass sie Einbuchtungen erhalten und daher zu den mehrkernigen Leucocyten gezählt werden.

Wir haben also, m. H., gesehen, dass bei der Leucocytose, wie bei der Leucaemie eine Vermehrung der farblosen Blutkörperchen stattfindet, dass aber in dem ersteren Falle dadurch das Verhältniss zwischen mehr- und einkernigen Zellen nicht merklich geändert wird, während im zweiten besonders stark eine Vermehrung der einkernigen Elemente entgegentritt. Wie soll diese auffallende Erscheinung erklärt werden?

Ich habe, M. H, vorhin gesagt, dass ich der Ansicht bin, die verschiedenen Formen der farblosen Blutkörperchen seien nichts Anderes. als der Ausdruck verschiedener Entwicklungsstadien einer und derselben Art, die jugendlichen i. e. einkernigen Leucocyten müssten im Blute erst dem Zerfall entgegenreifen, hier ihre Entwicklung beenden; ferner habe ich gleich zu Anfang betont, dass bei der Gerinnung die Hauptrolle die Leucocyten und das Plasma spielen, indem dieses spaltend auf die Leucocyten wirkt.

Es liegt nun nahe anzunehmen, dass das Blutplasma einen Einfluss nicht nur auf die reifen Blutzellen hat, sondern auch auf die Jugendformen derselben bezüglich ihrer Entwicklung.

In dem gesunden Plasma mussten nach dieser Anschauung also normale Leucocyten auch eine normale Entwicklung zeigen d. h. einkernige sehr bald in mehrkernige übergeführt werden.

Etwas derartiges sehen wir, glaube ich, auch bei der Leucocytose, bei der gewiss nicht mehrkernige, sondern einkernige Leucocyten ins Blut gelangen, in diesem aber sehr bald sich zu mehrkernigen verwandeln, welche dann über die einkernigen überwiegen, so dass das normale Verhältniss wieder hergestellt wird. Ich glaube, dass Löwit's[10]) Versuche, in denen er bei Kaninchen durch Leucolyse, plötzliches Vernichten der im circulirenden Blute enthaltenen Leucocyten, künstlich Leucocytose bewirkte, sehr dafür sprechen. Es ist aus diesen Versuchen ersichtlich, dass zunächst eine colossale Steigerung der einkernigen gegenüber den mehrkernigen weissen Blutkörperchen auftritt, auf die jedoch sehr bald die Rückkehr zu den normalen Verhältnissen folgt, während die Leucocytose noch fortdauert.

Bei der Leucaemie sehen wir aber bekanntlich, entgegengesetzt der Leucocytose, das Ueberwiegen der einkernigen über die mehrkernigen farblosen Blutzellen.

Es fragt sich nur, warum werden hier die einkernigen nicht in mehrkernige Leucocyten umgewandelt? Ist das Plasma anormal oder sind es die weissen Blutkörperchen?

Birk[11]), Groth[12]) und Löwit[13]) haben schon die Vermuthung ausgesprochen, dass das Blutplasma bei der Leucaemie seine protoplasmazersetzende Eigenschaft verloren habe und die Richtigkeit dieser Vermuthung ist durch J. v. Samson-Himmelstjerna[14]) auch bestätigt worden.

Bekanntlich wirkt das Blutplasma nicht nur auf die weissen Blutkörperchen spaltend ein, sondern vielmehr auf jedes Protoplasma, also auch auf Lymphdrüsenzellen, Eiterzellen, Spermatozoen u. s. w. Die Wirksamkeit eines Plasma lässt sich daher leicht prüfen, wenn irgend ein Protoplasma zur Verfügung steht.

v. Samson stellte nun mit seinem leucaemischen Blute einen derartigen Versuch an. Das Blut an sich gerann in 6,50 Min.; nach Zusatz von $^1/_{15}$ seines Volum Lymphdrüsenzellenbrei gerann es erst nach 9,05 Min. und in einer 2 Probe, zu der $^1/_7$ Vol. Zellenbrei hinzugefügt war, trat die Gerinnung gar erst nach 12,20 Min. ein. Damit war der Beweis geliefert, dass das Plasma des leucaemischen Blutes nicht normal war, dass es an seiner Spaltungsfähigkeit Einbusse erlitten hatte.

Da nun festgestellt ist, dass das Plasma des leucaemischen Blutes nicht normal ist, so ist es mindestens wahrscheinlich, dass darin auch der Grund liegt, warum die Leucocyten in ihm sich nur schwer entwickeln können und dass aus diesem Grunde wiederum die einkernigen so sehr über die mehrkernigen Leucocyten überwiegen.

Ich möchte nicht schliessen, m. H., ohne Ihnen noch ein interessantes Beispiel für den Werth dieser Gerin-

7) Löwit. Ueber Neubildung und Zerfall etc. l. c.

8) Löwit. Ueber Neubildung und Zerfall etc. l. c.

9) Löwit. Beiträge zur Leucaemie, Sitzb. d. k. Akad. d. Wiss. in Wien. Bd. 95, 1887.

10) Löwit. Stud. zur Phys. und Path etc. G. Fischer, Jena 1892.

11) Birk. Petersb. med. Wochenschrift. 1884, Nr. 47 und 48.

12) Groth. Ueber die Schicksale der farblosen Elemente etc. Dissert. Dorpat, 1884.

13) Löwit. Ueber Neubildung und Zerfall etc. l. c.

14) J. v. Samson-Himmelstjerna. Ueber leucaemisches Blut etc. Dissert., Dorpat 1885.

nungsproben anzuführen, das freilich nicht auf dem Gebiete der Pathologie liegt.

Als ich meine Dissertation schrieb, arbeitete ich an Foetalblut und es fiel mir die eigenthümliche Art der Gerinnung desselben auf; sie tritt nämlich sehr schnell ein, beginnt durchschnittlich schon nach 45 Sec., dauert aber sehr lange, so dass sie erst nach mehr als 18 Min. vollendet ist. Dieses sonderbare Verhalten konnte seinen Grund haben: 1) in einer Herabsetzung der Spaltungsfähigkeit des Blutplasma. 2) in einer Verminderung der weissen Blutkörperchen oder 3) in einer verminderten Spaltbarkeit derselben. Punkt 2 fällt weg, denn das Foetalblut enthält recht viel Leucocyten.

Ich stellte die P obe mit Lymphdrüsenzellen an und es zeigte sich, dass entsprechend der Quantität des Zellzusatzes die Gerinnungszeit abnahm: das Plasma besass also die ihm zukommende Spaltungsfähigkeit. Somit war jetzt auch Punkt 1 ausgeschlossen und ich durfte sagen: der Grund der langsamen Gerinnung des Foetalbluts liegt in einer relativ geringen Spaltbarkeit der weissen Blutkörperchen desselben. Leider habe ich damals noch nicht auf die Ein- und Mehrkernigkeit der Leucocyten geachtet.

Sie sehen, m. H., zu welchen Ergebnissen solche Gerinnungsprüfungen führen und welchen Einblick in das Blutleben sie uns gestatten. Sie sehen weiter, m. H., dass es durchaus nicht schwer ist, zu eruiren, ob das Plasma in diesem Sinne krank oder gesund ist.

Ich möchte daher, wie ich vorhin die Aufmerksamkeit auf die Prüfung des Verhältnisses zwischen ein- und mehrkernigen Leucocyten gelenkt habe, jetzt den Herrn Klinikern und praktischen Aerzten es nahe legen auch diese Prüfung in das Reich ihrer übrigen Untersuchungsmethoden aufzunehmen und nicht zu stiefmütterlich zu behandeln — sie kann uns, namentlich im Verein mit der Leucocytenzählung, manchen für den Kranken bedeutungsvollen und für die Wissenschaft hochinteressanten Aufschluss geben.

Ein Fall von Bandwurm-Anaemie [1].

(Aus dem Obuchow-Frauen-Hospital.)

Von

A. Eckert.

Nach den Beobachtungen, die Reyher[2]), Runeberg[3]) Dehio[4]), Schapiro[5]), Wiltschur[6]) u. A. gemacht haben, ist es jetzt unzweifelhaft geworden, dass ein ursächliches Verhältniss zwischen dem Vorhandensein eines Bandwurms im Darme des Menschen und einigen Formen der progressiven perniciösen Biermer'schen Anaemie besteht. Auf welche Weise aber der Bothriocephalus latus eine krankhafte Bildung, oder, richtiger gesagt, eine Zerstörung des Blutes bewirken kann, bleibt eine offene Frage, die bis jetzt nur mit Hypothesen beantwortet worden ist. (Reyher[7]), Botkin[8]), Schapiro[9]). Wiltschur[10]). Ich glaube, dass der Fall, den ich beobachtet habe und zu beschreiben beabsichtige, in dieser Beziehung einiges Interesse beansprucht.

P. J., Bäuerin 35 Jahre alt, unverheirathet, trat zum ersten Mal ins Obuchow-Hospital ein am 27. Januar 1892. Sie lag damals 2 Monate und 20 Tage im Hospital. Aus dem Krankenbogen (die Patientin befand sich nicht in meiner Beobachtung) geht hervor, dass die J. mit den Erscheinungen der Anaemie eingetreten war, wobei, abgesehen von den allgemeinen Symptomen, eine schwere Veränderung des Blutes zu constatiren war. Die Kranke sagte damals aus, dass ihr schon früher Würmer abgegangen seien, und dass sie sich schon 2 Monate unwohl fühle.

Die Klagen und der Krankheitsverlauf entsprachen dem klinischen Bilde der Anaemie, aber in den Ausleerungen wurden keine Bandwurmeier gefunden und die Patientin wurde in gewöhnlicher Weise behandelt (Eisen, Arsen, Diät). Zu Ende des 2. Monats erkrankte Pat. an einer linksseitigen serösen, exsudativen Pleuritis. Nach Aspirations-Punction derselben erholte sich Pat. rasch und trat am 23. März erheblich gebessert aus dem Hospital aus.

Zum 2. Male trat die P. J. am 6. Mai 1893 in's Obuchow-Hospital ein und befand sich jetzt in meiner Beobachtung. Vom Austritt aus dem Hospital am 23. März 1892 bis Ende März 1893 hatte sich die P. J. wohlgefühlt, dann waren Schwindel. Kopfschmerzen, Ohrensausen eingetreten und sie wurde so schwach, dass sie nicht mehr arbeiten konnte. Würmer hatte sie in ihren Ausleerungen im Jahre 1892 ab und zu bemerkt. Pat. hat 3 mal vor langer Zeit geboren, die Regel sistirt seit anderthalb Jahren, der Stuhl ist träge. Die Untersuchung der Kranken ergab das Bild einer hochgradigen Anaemie mit allen charakteristischen klinischen Symptomen derselben, bei deren Aufzählung ich mich nicht aufhalten werde; es sei nur gesagt, dass die Kranke so schwach war, dass sie kaum gehen konnte. Leber und Milz waren sehr vergrössert, die Lungen und Genitalien waren vollkommen normal, es war ein unbedeutender Ikterus vorhanden. Blutaustritte in der Haut und den Schleimhäuten waren nicht bemerkbar. Der Augenhintergrund wurde nicht untersucht. Das spec. Gewicht des Harnes betrug 1010—1015, derselbe reagirte sauer und enthielt kein Eiweiss und keinen Zucker; seine Menge betrug 1000—1600 Ccm. In den Ausleerungen wurden viele Eier von Bothriocephalus latus gefunden, jedoch keine Glieder desselben. Die Untersuchung des Blutes ergab bedeutende Veränderungen entsprechend dem Bilde der perniciösen Anaemie. Das Blut war dünnflüssig, hell, die Anzahl der rothen Blutkörperchen bei einfacher Betrachtung unter dem Mikroskop vermindert, die Blutkörperchen lagerten sich nicht in Geldrollen, Makro-, Mikro- und Poikilocyten fanden sich vor. Viel kernhaltige rothe Blutkörperchen waren vorhanden. Die Anzahl der rothen Blutkörperchen (Apparat Thoma-Zeiss) betrug 750,000, die weissen Blutkörperchen wichen weder an Zahl noch an Beschaffenheit von der Norm ab. Der Hämoglobingehalt (Appar. Fleischl und Gowers) betrug 15 pCt. Die Kranke ass fast nichts, konnte bald nach der Aufnahme nicht mehr das Bett verlassen und ihre Kräfte nahmen rasch ab. Die Temperatur war von unregelmässigem Typus, schwankte die ganze Zeit zwischen 37,0 und 39,0, der Puls war ungefähr 120 in der Minute. Am 16. Mai wurde eine Bandwurmcur (Extr. fil. mar. aether. 4,0) eingeleitet und Arsen subcutan eingespritzt. Im flüssigen Stuhl, der auf Einnahme des Wurmmittels und auf Ol. ricini folgte, wurden einige Glieder von Bothrioc. latus (3—5) und unter dem Mikroskop viele Eier desselben gefunden. Da die Kranke auch noch von einem andern Gesichtspunkt aus mich interessirte, und da unter den gewöhnlichen Hospitals-Verhältnissen einzelne Stuhlentleerungen der Beobachtung entgehen können, so halte ich es für nöthig, hier zu bemerken, dass ich auf diesen Umstand besonders Rücksicht genommen habe, indem ich eine sorgfältige Ueberwachung der Kranken anordnete; ich kann daher mit Sicherheit sagen, dass, ausser den oben erwähnten Gliedern, der Bandwurm nicht abgegangen ist. Am 18. Mai starb die Kranke unter den Erscheinungen fortschreitender Herzschwäche.

Die Section, ausgeführt von Hrn. Dr. N. W. Petrow ergab folgendes: Fettige Degeneration, Hypertrophie und Dilatation des Herzens, fettige Degeneration der Leber und der Nieren, Sklerose der Aorta, Pleuritis adhäsiva, Atrophie der Magenschleimhaut (mit Hämorrhagien) und der Dick- und Dünndarmschleimhaut, Hyperplasie der Milz. Bei genauer Besichtigung des Darmes in seiner ganzen Länge fand sich wider Erwarten kein Bandwurm: Der bei der Section anwesende Oberarzt Dr. Kernig schlug vor, im Hinblick auf die von Prof. Dehio veröffentlichten derartigen Fälle, sofort einige mikroskopische Präparate von dem Inhalt des Dick- und Dünn-

---

[1]) Diese Arbeit ist in russischer Sprache in der «Больничная газета» erschienen.

[2]) Reyher. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1886. XXXIX. Juni.

[3]) Runeberg. Deutsch. Arch. für klin. Med. XLI. Bd., Derselbe wird citirt in Fortschr. der Medic. 1890. Nr. 10.

[4]) Dehio. St. Petersb. Med. Wochenschrift Nr. 12 und 23 1892. Ders. Verhandl. des Congresses für innere Medic. Leipzig 1892.

[5]) Schapiro. Wratsch 1887. Nr. 5—6.

[6]) Wiltschur. Больничная газета Боткина 1892 г. Nr. 26—28.

[7]) loco cit.

[8]) von Mizkuner mitgetheilt. Еженедѣльная клин. газета 1886 Nr. 22.

[9]) loco cit.

[10]) loco cit.

Eine ausführliche Literaturangabe findet man bei Wiltschur

darmes zu machen. In jedem Präparate fanden sich ziemlich viel Eier von Botr. latus, wovon sich auch die anwesenden Herrn DDr. A. A. Netschajew, A. M. Lewin und N. W. Petrow überzeugten.

Diesem ganz analoge Fälle, in denen bei der Section kein Bandwurm, wohl aber Bandwurm-Eier im Darmschleim gefunden wurden, sind unlängst von Prof. Dehio auf dem Leipziger Congress im Jahre 1892 mitgetheilt worden. Zwei derselben hat Prof. Dehio beschrieben, die anderen 5—6 aber hat er bloss als in der Dorpater Klinik beobachtet erwähnt. Dass diese Beobachtungen interessant und von praktischer Bedeutung sind, ist selbstverständlich. Erstens beweisen sie, dass das Vorhandensein von Eiern in den Ausleerungen durchaus nicht im gegebenen Augenblick das Vorhandensein eines Bandwurmes im Darme beweist. Vielleicht werden hierdurch die so häufig die Wirksamkeit der Präparate des Bandwurmmittels bezweifelnden Meinungen der Aerzte und die nicht seltene Erfolglosigkeit der Cur erklärt. Ferner geht aus diesen Beobachtungen hervor, dass in Fällen, wo man nicht vollkommen von einer genauen Untersuchung aller Ausleerungen, welche nach Einnahme des Wurmmittels erfolgten, überzeugt ist, die weitere Untersuchung der Ausleerungen auf Eier keine entscheidende Bedeutung hat und sogar irre leiten kann, da, wie wir sehen, die Eier sich auch ohne Bandwurm im Darme erhalten können. Es lässt sich auf Grund dieses Falles nicht sagen, wie lange sich die Eier im Darm erhalten können, ein Umstand der interessant wäre zur Entscheidung der Frage, welchem Schicksale der Bandwurm bei unserer Kranken verfallen war. Man muss in der That annehmen, dass der Bandwurm entweder allmählich in längerer oder kürzerer Zeit resorbirt wurde, oder dass er, erst nachdem er durch das Wurmmittel getödtet worden war, in den zwei der Bandwurmcur folgenden Tagen resorbirt wurde, während die Eier als resistenzfähigere Körper unverändert geblieben waren. Wenn man annehmen wollte, dass der Bandwurm irgend wann früher von selbst abgegangen sei, so müsste man zugeben, dass die Eier eine lange Zeit bei Abwesenheit des Bandwurmes in der ganzen Länge des Darmes unverändert sich erhalten können.

Diese letztere Annahme scheint uns wenig wahrscheinlich zu sein. Wir glauben, dass diese Beobachtung verwerthet werden kann zur Bestätigung der neuen Gesichtspunkte, von welchen aus eine Reihe von Fällen der perniciösen Anaemie erklärt wird als Selbstvergiftung des Organismus durch ein eingedrungenes Gift, welches sich nach Erkrankung oder Tod des Bandwurmes aus demselben entwickelt. (Schapiro, Dehio, Wiltschur).

Referate.

L. Duncan Bulkley: Klinische Bemerkungen über Tonsillar-Schanker. (Sep. Abdr. aus den Transactions of the med. Society of the state of New-York. 1893).

Verf. hat im Verlaufe von ca. 20 Jahren sich über ca. 2000 Fälle von Syphilis genauere Notizen gesammelt und ersieht aus denselben, dass bei 111 Patienten, also bei ca. 5 pCt. extragenitale Infection vorgelegen (bei 60 Männern und 51 Weibern) 49 mal sass der harte Schanker an den Lippen, je 15 mal an den Fingern resp. Tonsillen, 7 mal an der Brust, 5 mal an der Zunge, 4 mal am Augenlid, 3 mal am Kinn, 2 mal an der Hand und je 1 mal an der Nase, Ohr, Gaumen, Hals, Vorderarm und Sacralregion. (Auffallend ist, dass kein einziger Fall von Analschanker beobachtet worden. Ref.)

Besonders ist dabei dem Verfasser aufgefallen, dass es sich bei 14 pCt. aller Extragenitalinfectionen um Tonsillarschanker handelt (bei 8 Männern und 7 Weibern, im Alter von 11 bis 46 Jahren). 9 mal sass der Schanker an der rechten, 3 mal an der linken und 3 mal an beiden Tonsillen.

Sehr charakteristisch ist, dass alle Fälle nicht sofort als Syphilis erkannt, sondern als einfache Tonsillitis, Diphtherie resp. Grippe behandelt worden. — Daher betont Verf., dass man stets bei der Differentialdiagnose auch an Syphilis denken soll.

O. Petersen.

Von Basch (Professor): Ueber latente Arteriosklerose und deren Beziehung zu Fettleibigkeit, Herzerkrankungen und anderen Begleiterscheinungen. (Wiener med. Presse Nr. 20—30. 1893. Separatabdruck).

Die hohe Pulsspannung, als Symptom der Arteriosklerose, ist namentlich durch die vom Verf. eingeführte sphygmomanometrischen Messungen des Blutdruckes zur richtigen Würdigung gekommen. Bei der manifesten Arteriosklerose, die mit Erkrankungen der Niere, mit Hypertrophie des linken Ventrikels und mit sichtbar geschlängelten Arterien einhergeht, ist das Symptom der hohen Pulsspannung nur ein Merkmal, das die Diagnose unterstützt. Anders aber verhält es sich in den nicht selten anzutreffenden Fällen, wo keine so ausgesprochenen Symptome der Arteriosklerose vorhanden sind, bei der sog. latenten Arteriosklerose — hier ist das Symptom der hohen Pulsspannung von eminenter Bedeutung. Wenn auch eine vorübergehende Steigerung des Blutdruckes durch vasomotorische Reizzustände bedingt sein kann, so beruht doch eine dauernde Steigerung des Blutdruckes auf physikalischer Aenderung der Gefässwand, die sich zunächst durch andere anatomische Untersuchungsmethoden nicht nachweisen lässt. Gestützt auf langjährige Erfahrung stellt v. Basch den Satz auf, dass ein an der Radialis gemessener Blutdruck von 150 mm. Hg. und darüber als ein die Norm überschreitender betrachtet und klinisch verwerthet werden müsse. Während Traube und Huchard die hohe Pulsspannung als ein aetiologisches Moment betrachten, das der Arteriosklerose vorausgeht und dieselbe einleitet, sieht B. dieses Symptom als eine Theilerscheinung bereits bestehender Arterienerkrankung an. Die hohe Spannung des Blutes ist der Ausgangspunkt für zweierlei Processe — Herzhypertrophie und Herzinsufficienz, erstere kann lange Zeit symptomenlos verlaufen, letztere giebt sich sehr bald durch die Dyspnoe kund. Infolge der Herzinsufficienz tritt eine Blutstauung im linken Vorhof ein, Folge davon sind — Lungenschwellung und Lungenstarrheit. Erstere prägt sich sehr häufig dadurch aus, dass die Herzdämpfung durch die das Herz überragenden Lungenränder verdeckt wird. Die Starrheit der Lungen lässt sich in ihrem vollen Werth durch spirometrische Messung bestimmen; in der Praxis kann schon die blosse Inspection des Thorax Anhaltspunkte geben: man bemerkt dann, dass der Thorax im Bereiche der wahren Rippen sich verhältnissmässig weniger hebt, als bei gesunden Individuen, nur im Bereiche der falschen Rippen werden bemerkbare Excursionen ausgeführt, dagegen werden das Epi- und die beiden Hypogastrien mehr als gewöhnlich bei der Inspiration vorgewölbt. Noch auffallender wird diese Erscheinung, wenn man die Patienten tief athmen lässt. Nach dem verschiedenen Grade der Dyspnoe, nach den Erscheinungen der Lungenstarrheit, nach der Grösse der Lunge kann man den Grad der Insufficienz des linken Ventrikels beurtheilen. Tritt die Dyspnoe in Anfällen auf (Asthma cardiale, Angina pectoris), dann ist der Verdacht auf Sklerose der Coronararterien berechtigt. Von Interesse sind die Erfahrungen, die Verf. an 398 Patienten über die Beziehungen der hohen Blutspannung zur Fettleibigkeit, zum Climakterium, zur Neurasthenie etc. gemacht hat. Die angeführten Tabellen ergeben, dass die Arteriosklerose bei Fettleibigen ungefähr ebenso häufig anzutreffen ist, als bei Nichtfettleibigen, und dass kein causales Verhältniss zwischen beiden Erkrankungen besteht, wohl aber scheint es dem Verf. einleuchtend, dass eine und dieselbe Grundbedingung sowohl einerseits die Entstehung der Arteriosklerose, als andrerseits die Fettleibigkeit begünstigen kann. Als solche gemeinschaftliche Ursache ist die toxische Wirkung des Alkohols zu nennen. Für das Climakterium fand B. einen verhältnissmässig hohen Procentsatz der Arteriosklerose (30 pCt.) doch ist hier der Causalnexus sehr fraglich. Was nun die Häufigkeit der verschiedenen Symptome der Arteriosklerose anlangt, so fand Verf. als höchsten Werth in der Häufigkeitsscala die Dyspnoe (bei Männern 49,2 pCt., bei Frauen 56,8 pCt.). Demnächst folgen bei Männern — Magen- und Darmbeschwerden mit 34,5 pCt. und dann Albuminurie mit 24,6 pCt. Bei Frauen folgt in der Häufigkeitsscala der Dyspnoe — der Cardiopalmus mit 39,3 pCt., dann Magen- und Darmbeschwerden mit 26,5 pCt., diesen zunächst der Schwindel mit 19,6 pCt. und Congestionen mit 15,9 pCt., erst als sechste in der Reihe kommt die Albuminurie mit 14,5 pCt. — Asthma cardiale fand B. bei Männern in 5,2 pCt., bei Frauen in 4,5 pCt. der Fälle, also in nahezu gleichem Verhältnisse. Ferner ergeben die Tabellen, dass die Disposition zur Dyspnoe durch die Fettleibigkeit zwar etwas gesteigert wird, keineswegs aber kommt letzterer jene grosse Rolle, als veranlassende Ursache zu, die man ihr für gewöhnlich geneigt ist zuzuschreiben. B. ist der Meinung, dass die Diagnose «Fettherz» überhaupt aufgegeben werden müsse, statt dessen soll man von einem Herz der Fetten sprechen zum Unterschiede von dem Herzen der Nichtfetten. Das Herz der Fetten kann in zweifacher Weise insufficient werden, entweder in Folge der hohen Blutspannung — also secundär oder in Folge eines die Muskulatur desselben schädigenden, destructiven Processes — also primär. Die Beachtung

der Pulsbeschaffenheit bietet dann die Möglichkeit die secundäre Insufficienz von der primären zu trennen. Die gleiche Betrachtung gilt für das Herz der Nichtfetten. Bei der Arteriosklerose muss man zunächst an eine secundäre durch Dehnung des Herzens erzeugte Insufficienz denken und zwar an eine reine, nicht organisch bedingte dann, wenn man nur Grund hat eine latente, oder beginnende Sklerose der Arterien anzunehmen und wenn die Dyspnoe keine continuirliche ist, sondern nur unter starken Bewegungen und Affecten auftritt. Ist aber die Dyspnoe eine continuirliche, auch bei völliger Körperruhe nicht verschwindende, treten spontan stenocardische Anfälle auf, so weist das schon auf primäre Insufficienz, bedingt durch tiefere Veränderungen des Muskel- und Nervenapparates des Herzens, hin. Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Livländischer Hebammen-Kalender p. 1894. Redigirt im Auftrage des livländischen Aerztetages von Dr. Joh. Meyer. Jurjew. Druck von Schnakenburg's Buchdruckerei.

Eine wenig erfreuliche Thatsache ist es, dass die Mehrzahl der Hebammen schon wenige Jahre nach ihrem Eintritt in die Praxis nicht mehr den Anforderungen genügt, welche man an sie zu stellen berechtigt ist. Häufige Unterweisungen der Hebammen durch Wort und Schrift sind die geeignetesten Mittel diesem Uebel zu steuern und die Bevölkerung von einer Geissel zu bewahren, welche mehr Schaden anzurichten im Stande ist, als man im Allgemeinen anzunehmen pflegt.

Mit Freuden begrüssen wir daher vorliegendes Büchlein, welches einen zweifachen Zweck verfolgt. Es soll als steter Begleiter den Hebammen auf ihren Berufswegen als Notizbüchlein dienen und damit zu einer, wenngleich kurzen, Journalführung über den Verlauf der Geburt und des Wochenbettes führen. In zweiter Linie soll dasselbe in gedrängter Kürze Artikel bringen, welche nach dem heutigen Stande der Wissenschaft die wichtigsten den Beruf der Hebammen berührenden Fragen behandeln.

Die kurzen Abhandlungen welche der Hebammen-Kalender für das Jahr 1894 enthält und welche sich durchweg durch Klarheit und Präcision auszeichnen, sind folgende: Herstellung von Carbollösungen. Die Desinfection der Hände. Die Kleidung der Hebamme. Die Instrumente und deren Desinfection. Die äussere und innere Untersuchung. Die Ernährung des Säuglings mit Kuhmilch. Die Augenentzündung der Neugeborenen und ihre Verhütung.

Den Schluss des Büchleins bilden gut ausgeführte Schemata, welche eine recht ausführliche Notirung des Verlaufes der Geburt und des Wochenbettes ermöglichen.

Wir können nicht umhin dem Wunsche Ausdruck zu geben, dass dieser Kalender den Hebammen ein unentbehrlicher Wegweiser und Rathgeber in ihrem verantwortlichen Berufe werden möge. Dobbert.

Atlas of Electric Cystoscopy by Dr. Emil Burckhardt and E. Hurry Fenwick. With 34 coloured plates, embracing 83 Figures. London J. & A. Churchill. 1893.

Vorliegendes Werk ist ein interessanter Beweis für die Internationalität der Wissenschaft. Burckhardt in Basel und Fenwick in London fassten unabhängig von einander den Beschluss eine Sammlung ihrer mit dem Nitze'schen Cystoskop erhaltenen Bilder zu veröffentlichen. Da sie aber mit einander in wissenschaftlichem Verkehr waren, so besprachen sie sich darüber und beschlossen, ein gemeinsames Werk zu ediren, wodurch dasselbe natürlich bedeutend an Werth gewonnen.

Wenngleich die Cystoskopie noch wenig Verbreitung gewonnen, in Folge der Umständlichkeit und des nicht geringen Preises des Apparats, so mehrt sich die Zahl der Anhänger derselben stetig und werden dieselben diesen «Atlas» gewiss mit Freuden begrüssen und manches daraus lernen. Andrerseits wird gewiss gerade durch diesen Atlas mancher College dazu angeregt werden, sich mit der Cystoskopie zu beschäftigen, die unter Umständen für die Diagnostik der Blasenerkrankungen wichtige Dienste leisten kann.

Die Ausstattung ist eine ganz vorzügliche, nur ist es uns aufgefallen, dass die Blasenwand eine verschiedene Färbung zeigt, je nachdem, ob die Zeichnungen in Frankfurt oder in London angefertigt sind. Die englischen Zeichnungen (von Scott und Fergusson) zeichnen sich durch blassere Farbentöne aus und scheinen uns der Wirklichkeit mehr zu entsprechen, als die deutschen, von Werner und Winter hergestellten.

Sehr lehrreich sind die Bilder, auf welchen man Blutcoagula und Schleimflocken oder Luftblasen sieht, die leicht von Ungeübten für pathologische Veränderungen angesehen werden können. Der Atlas giebt uns Bilder der meisten pathologischen Veränderungen der Blase, inclusive Fremdkörper (Nadeln, Katheterstücke, Steine). Wir können nicht umhin den sich mit Blasenkrankheiten beschäftigenden Collegen den vorliegenden Atlas auf's Wärmste zu empfehlen. O. Petersen.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Von der Firma J. Riedel ist ein neuer Süssstoff — Dulcin hergestellt worden, welcher sich als Versüssungsmittel sowohl der Arzneistoffe, als auch der Speisen und Getränke für Diabetiker eignet. Die Süsskraft erreicht das 200-fache des Rohrzuckers, ausserdem ist das Süss des Dulcins ein angenehmeres als das Sacharinsüss. Chemisch ist das Dulcin als Paraphenetolcarbamid zu bezeichnen. Der Genuss der Substanz ist in Dosen von 0,3—1,0 pro die ganz unschädlich. (Centralbl. für Therap. Nr. VI).

— Nicholson hat bei Oxyuris gute Erfolge von folgender Behandlungsmethode gesehen. Eine Woche durch wird alle 2 Tage Santonin gegeben und ausserdem vor dem Schlafengehen täglich ein Suppositorium eingeführt, das aus 0,06—0,18 Extr. Quassiae und Cacaobutter besteht und die Analgegend mit einer Salbe aus Calomel oder Quecksilbernitrat bestrichen. Die Nägel der Kinder sollen kurz geschnitten werden, die Finger häufig mit Quassiathee gewaschen werden, um eine Autoinfection zu verhüten. (Allgem. med. C.-Ztg. Nr. 20).

Vermischtes.

— Am 20. September verschied hierselbst nach kurzer Krankheit an Herzparalyse der in weitesten Kreisen bekannte und beliebte Kinderarzt, wirkl. Staatsrath Dr. Oscar Meyer, älterer Ordinator am Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg, im 56. Lebensjahre. Einen ausführlichen Nekrolog bringen wir nächstens.

— Der Professor der Chirurgie an der Moskauer Universität, Geheimrath Dr. Sklifassowski, ist zum Director des hiesigen klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna ernannt worden.

— Der Professor der Augenheilkunde an der Charkower Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Leonhard Hirschmann, ist als Professor emeritus bestätigt worden.

— Die Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga hat in ihrer Jahresversammlung Dr. J. Krannhals zum Präses und Dr. E. v. Radecki zum Secretär gewählt.

— Der Professor der Mineralogie Inostranzew hat seine Lehrthätigkeit an der militär-medicinischen Akademie aufgegeben und sind daher die Vorlesungen über Mineralogie und Geologie interimistisch dem Professor der anorganischen Chemie A. P. Dianin übertragen worden.

— Der ausserordentliche Professor der therapeutischen Hospitalklinik an der militär-medicinischen Akademie, Dr. F. Pasternazki, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— Verstorben: 1) Am 27. August in St. Petersburg der jüngere Arzt des Revalschen örtlichen Militärlazareths A. Gordon im 44. Lebensjahre an Phthisis. Der Verstorbene, welcher seine medicinische Ausbildung an der militär-medicinischen Akademie erhalten hatte, galt als ein tüchtiger Augenarzt. 2) Am 12. September in St. Petersburg der ehemalige Divisionsarzt der 37. Infant.-Division, Geheimrath Constantin Ssidorow-Podsorski, im Alter von 76 Jahren, welcher schon vor 8 Jahren pensionirt wurde. 3) Der jüngere Arzt des Monitors «Russalka» Victor Swertschkow, 31 J. alt, welcher bei dem Untergange des genannten Kriegsschiffes im Finnischen Meerbusen mit verunglückt ist. Nach Absolvirung der militär-medicinischen Akademie im J. 1887 war S. anfangs Arzt eines Infanterieregiments, ging aber bald in den Marine-Medicinaldienst über. 4) In Sewastopol der dortige freiprakticirende Arzt Dr. Alexander Ostrowski, im 51. Lebensjahre. Der Verstorbene war als Chirurg 1870/71 in der französischen Armee und später im serbischen Kriege thätig. 5) Der Landschaftsarzt im Kreise Borowsk (Gouv. Kaluga) Joh. Protassow an Phthisis. Er hat seine Frau mit 4 Kindern ganz mittellos hinterlassen. Die Beerdigungskosten trug die Landschaft. 6) In Philadelphia der bekannte Professor der Pharmacie und Botanik Maisch, welcher aus Deutschland stammte, im 62. Lebensjahre. Von seinen Werken ist sein Lehrbuch der Pharmakognosie am meisten bekannt. 7) Am 19. September in London Prof. Charles Clay, der sich um die Einführung der Ovariotomie in die chirurgische Praxis sehr verdient gemacht hat.

— Prof. Dr. Welcker in Halle tritt im nächsten Semester nach 40-jähriger Lehrthätigkeit von der Leitung des anatomischen Instituts in Halle zurück. Zu seinem Nachfolger ist der zweite Ordinarius für Anatomie an der Unversität Halle Prof. Eberth in Aussicht genommen.

— Zum Professor der Psychiatrie an der Wiener Universität ist, nachdem reichsdeutsche Gelehrte die Berufung abgelehnt haben, der Director der psychiatrischen Klinik in Graz, Prof. Wagner von Jauregg, ernannt worden.

— An Prof. Tillanus Stelle ist der Docent für Chirurgie in Groningen, Dr. Rotgans, Professor der Chirurgie in Amsterdam geworden.

— Am 14. October d. J. begeht der Oberarzt des ersten Moskauer Stadthospitals und Consultant der Moskauer Anstalten der Kaiserin Maria, wirkl. Staatsrath Dr. Ernst Klin, sein 25-jähriges Dienstjubiläum.

— Der ausserordentliche Professor an der Charkower Universität, Dr. Openchowski, ist als ausseretatmässiger ordentlicher Professor auf dem Lehrstuhl der therapeutischen Hospitalklinik bestätigt worden.

— Der Privatdocent der militär-medicinischen Academie, Hofrath Dr. Petrow, ist zum Professor der pathologischen Anatomie am klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna ernannt worden.

— In die Universität Charkow sind in diesem Semester 282 Personen als Studirende neu eingetreten, von denen 158 sich dem Studium der Medicin widmen.

— Bei der Universität Tomsk waren in diesem Semester 99 Gesuche um Aufnahme in die Zahl der Studirenden eingelaufen. Die grösste Zahl der Aspiranten bildeten Zöglinge geistlicher Seminare (64), dann Abiturienten von Gymnasien (31), ausserdem hatten sich gemeldet 1 Veterinärarzt und 3 Studirende von anderen Universitäten. Von diesen wurden 23 Abiturienten von Gymnasien ohne Weiteres aufgenommen und 62 Zöglinge geistlicher Seminare und der Veterinärarzt zur Aufnahme-Prüfung zugelassen. Abschlägig beschieden wurden 3 Studenten anderer Universitäten, 2 Zöglinge geistlicher Seminare und 1 Gymnasiast.

— In diesem Semester finden an der militär-medicinischen Academie zum ersten Mal die Prüfungen zur Erlangung des Arztgrades vor der Regierungscommission statt, welche am 20. September ihre Thätigkeit bereits begonnen hat. Präses der Commission ist der Academiker Geheimrath Dr. Philipp Owsjannikow (Physiolog). Zum Examen haben sich 16 Personen gemeldet, von denen 13 Abiturienten der mil.-med. Academie sind.

— Wie der «Wratsch» erfährt, soll unsere Regierung die Genehmigung ertheilt haben, den nächsten XII. internationalen medicinischen Congress nach Russland einzuladen.

— Am 4. September vollendeten sich 25 Jahre des Bestehens der Jelisawetgrad'schen medicinischen Gesellschaft.

— Der Zudrang zu den beim hiesigen Roshdestwenski-Baraken-Lazareth eingerichteten Cursen für Feldscherinnen ist ein colossaler. Mehr als 100 junge Mädchen haben zurückgewiesen werden müssen. Es sind fast nur solche aufgenommen worden, welche den Cursus eines Gymnasiums mit der der goldenen Medaille oder wenigstens mit einer sehr guten Censur absolvirt haben. (Wr.)

— Für die Leprösen sind nach der «St. Petersb. Ztg.» bis jetzt in St. Petersburg über 12,000 Rbl. gesammelt worden.

— Die Aerzte, welche zur Bekämpfung der Cholera abdelegirt werden, sollen täglich 150 Kop. Diätengeld und die Feldscher 25 Kop. Kostgeld erhalten.

— Einer Verfügung des Eisenbahn-Departements gemäss geniesst jetzt das medicinische und Sanitätspersonal, welches sich in die von der Cholera heimgesuchten Gegenden begiebt, das Recht auf Ermässigung der Fahrpreise auf sämmtlichen Eisenbahnen. Diese Ermässigung des Tarifs erstreckt sich auch auf den Transport von Medicamenten, Instrumenten, Desinficientien für die Choleragegenden.

— Vom Ministerium der Wegecommunicationen sind neue Vorschriften über die Gewährung ärztlicher Hülfe auf den Eisenbahnen herausgegeben worden. Diesen zufolge haben das Recht auf kostenfreie ärztliche Behandlung Alle, die bei Eisenbahnkatastrophen zu Schaden gekommen sind, ferner alle Beamten, Handwerker und Arbeiter der Bahnen, sowie ihre Familien. Die bei Eisenbahnkatastrophen Verletzten werden bis zu ihrer Wiederherstellung unentgeltlich behandelt, die übrigen Kranken zwei Monate lang, doch kann diese Frist auf Verfügung des Oberarztes verlängert werden. In nächster Zeit soll auch die Zahl der Hospitäler an den Eisenbahnlinien vermehrt werden.

— Mittelst allerhöchst am 10. Juli c. bestätigten Beschlusses des Ministercomités ist den Gouverneuren, Oberpolizeimeistern, Bezirkschefs der Wegecommunicationen und Chefs der Eisenbahn-Gendarmerie-Verwaltungen das Recht eingeräumt worden, über die Uebertreter von Sanitätsvorschriften bezüglich der Cholera. die im Art. 102 des Friedensrichtergesetzbuches für derartige Vergehen festgesetzten Strafen (Arrest bis zu einem Monat oder Geldbusse bis 100 Rbl.) zu verhängen.

— Am 21. September fand hierselbst eine combinirte Sitzung des St. Petersburger Stadtamts. sowie der städtischen Hospital- und Sanitätscommission unter dem Vorsitz des Stadthauptes Ratkow-Roshnow statt, in welcher beschlossen wurde, die Thätigkeit der Sanitätsabtheilungen, welchen die Besichtigung der Häuser, Handlungen etc. obliegt, noch zu verlängern und zum Unterhalt derselben für die zwei nächsten Monate 2000 Rbl. auszusetzen. Ferner hielt die Session es für angemessen, die Gagen der Aerzte, welche die Cholerakranken in den städtischen Hospitälern behandeln, zu erhöhen und bewilligte zu diesem Zwecke 4000 Rbl. Ausserdem wurden in Anbetracht dessen, dass die Behandlung der Cholerakranken in den Stadthospitälern einen bedeutend grösseren Kostenaufwand, namentlich für Arzneien erfordert, 2000 Rbl. für Medicamente gegen die Cholera angewiesen.

— Auf den Universitäten des deutschen Reichs waren im verflossenen Sommersemester (1893) 28,053 Studenten immatrikulirt (gegen 28,097 im Sommersemester 1892), von denen 8414 Medicin studirten (gegen 8838 im Jahre 1892).

— An der Wiener medicinischen Facultät sind für das bevorstehende Wintersemester 1893/94 nicht weniger als 243 Vorlesungen, Demonstrationen und Curse angekündigt, welche von 23 ordentlichen, 33 ausserordentlichen Professoren und 80 Privatdocenten und Assistenten abgehalten werden. Die meisten Vorlesungen betreffen die innere Medicin (49 Vorlesungen), dann die Chirurgie (41), Gynäkologie und Pädiatrik (34), Augenheilkunde (22), Hautkrankheiten und Syphilis (17) u. s. w. Die med. Facultät war im Sommersemester 1893 von 2610 Hörern (1703 ordentlichen und 907 ausserordentlichen) frequentirt und betrug die Zahl der Mediciner auch in diesem Semester nahezu die Hälfte der Gesammtzahl der Studirenden der Wiener Universität. (Wiener med. Pr.)

— Wie wir dem «Kawkas» entnehmen, sind für den bevorstehenden Congress kaukasischer Aerzte in Tiflis die DDr. Lunkewitsch (Präses), Hohlbeck, Handelin, Stepanow, Montville, Pantjuchow, Rudenko, Ssacharow und Grigorjew zu Gliedern der Redactionscommission gewählt werden.

— Nach dem «British Medical Journal» ist man in England zu der Ueberzeugung gelangt, dass die natürlichen Pocken oft durch den aus Russland importirten Flachs verbreitet werden. Als Beleg werden einige Städte, wie z. B. Montrose, angeführt, in denen die Blattern nur unter den Arbeitern, welche russischen Flachs verarbeiteten, vorgekommen sein sollen.

— Dr. Lagneau hat der Pariser medicinischen Academie einen Bericht über das Aussterben der Einwohner von Paris erstattet. Es werden jährlich gegen 600,000 Kinder in Paris geboren, deren wahrscheinliche durchschnittliche Lebensdauer nur 28,05 Jahre beträgt. Die letzte Volkszählung ergab für Paris 2,424,703 Einwohner. Nach Lagneau's Berechnung würde nun, falls nicht durch Zuzug aus der Provinz Ersatz stattfindet, die Bevölkerungszahl von Paris nach einer Generation nur 1,698,679, nach der zweiten Generation 1,190,100, nach der dritten 833,720 und nach der vierten Generation nur 140,700 Einwohner betragen. Als Hauptursachen des Aussterbens der Pariser Bevölkerung sieht L. die grosse Kindersterblichkeit (im ersten Lebensjahre) und die Tuberculose an. (Brit. med. Journ.)

— In der geschäftlichen Sitzung des deutschen Naturforscher-Congresses zu Nürnberg theilte der erste Vorsitzende Prof. v. Bergmann mit, dass von keiner Seite ein Antrag auf Abänderung der Statuten gestellt worden sei. Aus dem Cassenbericht geht hervor, dass das Vermögen der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte bereits auf 47,870 Mark angewachsen ist. Bezüglich des nächsten Versammlungsortes wurde, wie wir in der vorigen Nummer bereits berichteten, die Einladung Wiens, und zwar ohne Widerspruch angenommen. Bei den Wahlen wurden an Stelle der statutengemäss ausscheidenden Proff. Bergmann und Virchow die Proff. Ziemssen (München) und Jolly (Berlin) in den Vorstand gewählt. Als I. Vorsitzender wird also Prof. Ziemssen fungiren.

— Die beiden letzten officiellen Bulletins über den Stand der Choleraepidemie in Russland, welche hauptsächlich den Zeitraum vom 5. bis 18. September umfassen, bringen Daten aus fast allen von der Cholera heimgesuchten Gouvernements und Gebieten des Reichs. An der Spitze steht in Bezug auf die Cholera-Erkrankungen nach wie vor Podolien, wo vom 29. Aug. bis 11. Sept. 1306 Personen erkrankten und 487 starben. Es folgen dann die Gouvernements: Wolhynien mit 670 Erkrankungen und 240 Todesfällen während

einer Woche, Jekaterinoslaw (484 Erkr., 196 Todesf.), Kiew (380 resp. 122), Woronesh (251 resp. 147), Tula (239 resp. 75), Chersson (181 resp. 72), Astrachan (165 resp. 104), Orel (158 resp. 57), Lomsha (138 resp. 63), St. Petersburg (136 resp. 65). Mehr als 100 Erkrankungen in einer Woche hatten noch die Gouv. Kursk, Ssamara, Ssimbirsk und Grodno. Die Stadt St. Petersburg nimmt in Bezug auf die Zahl der Erkrankungen die 4. Stelle ein, jedoch macht sich in der letzten Woche eine, wenn auch noch geringe Abnahme der Choleraerkrankungen und Zunahme der Genesungen bemerkbar. In der Woche vom 15. bis 22. Sept. Mittags sind hier 316 Personen neu erkrankt, 183 genesen, 154 gestorben und am 22. Sept. 266 Cholerakranke in Behandlung verblieben. Deutlich bemerkbar macht sich der Einfluss der Sonn- und Feiertage mit den während derselben üblichen Debauchen, da nach solchen Tagen stets eine auffallende Zunahme der Neuerkrankungen an der Cholera zu constatiren ist. Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 18. September d. J. 5886 (168 mehr als in der Vorwoche), darunter 350 Typhus — (15 wen.), 634 Syphilis — (26 mehr), 56 Scharlach (12 mehr), 15 Diphtherie — (1 mehr), 11 Masern — (2 wen.), 13 Pocken — (1 mehr) und 287 Cholerakranke — (8 mehr als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Ein Doctorat in Kurland wird Ende September frei. Bewerber, christl. Confession und der lettischen Sprache mächtig, wollen sich melden beim Apotheker A. Brandt in Grenzhof, über Szagarren (Kurland).

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Tichwin (Gouv. Nowgorod). Gehalt 1200 Rbl. jährlich. Die Meldung geschieht mit Angabe der Empfehlungen bei der «Тихвинская Земская Управа».

3) Es wird ein Arzt für den Flecken Gedroizy (Гедроицы) im Wilnaschen Kreise gesucht. Nähere Auskünfte ertheilt der örtliche Apotheker.

— Die Arztstelle auf den Widomskischen Goldwäschereien (cfr. die vorige Nummer) ist bereits vergeben.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 12 bis 18. September 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
399	263	662	75	29	73	12	8	41	124	116	70	43	36	27	4	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 27, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 3, Scharlach 6, Diphtherie 4, Croup 1, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 214, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 5, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 74, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 35, Marasmus senilis 16, Krankheiten des Verdauungscanals 62, Todtgeborene 30.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 5. October.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 27. September.

Saxlehner's Bitterwasser Hunyadi Janos. Nach Gutachten ärztlicher Autoritäten zeichnet sich dieses natürliche Purgativ durch folgende Vorzüge aus: Prompte und sichere Wirkung; milder Geschmack; geringe Dosis; auch bei längerem Gebrauche keine Verdauungsstörungen. Indication: Habituelle Stuhlverstopfung; Leberleiden; Gelbsucht etc. Neuerdings auch in der zahnärztlichen Praxis mit Erfolg angewendet.

Дозв. ценз. Спб. 24 Сент. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 40 St. Petersburg, 2. (14.) October **1893**

Gegenwärtiger Stand der Frage bezüglich der inneren Untersuchung inter partum.

Von

Dr. L. Kessler in Dorpat[1]).

M. H.! Es ist ein praktisch eminent wichtiges Thema, welches uns hier soeben beschäftigt; denn: von der wichtigen Behandlung der Geburt hängt wesentlich der Verlauf des Wochenbettes ab. Mit diesem aber steht es immer noch schlecht; eine im Jahr 1877 von der Berliner geburtshülflichen Gesellschaft gewählte Commission bezeichnete in ihrem an die preussischen resp. Behörden eingereichten Bericht die puerperale Morbidität und Mortalität als eine «öffentliche Calamität»[2]). Die seitdem erreichte Besserung ist nur eine geringe[3]); neuere Statistiken haben ergeben, dass die Zahl der unvermeidlichen Todesfälle im Wochenbett (schwere Eklampsie, Uterusrisse, plac. praev.) höchstens 2 pCt. der thatsächlichen Mortalitätsziffer beträgt[4]); es sterben also immer noch 40—50 mal so viel Mütter im Wochenbett, als eigentlich sterben dürften, so dass man neuerdings wieder es ausgesprochen hat, dass der Urzustand, d. h. Gebären ohne jegliche Kunsthülfe kaum ein schlechteres Ergebniss liefern würde.

Bei der Wichtigkeit der Sache durften die von unserem Herrn Präsidenten ausgehenden Aufforderungen zu Correferaten nicht abgelehnt werden; ich muss aber gleich im Voraus bemerken, dass ich Neues von mir nicht zu bringen in der Lage bin, ich aber auch der Meinung bin, dass Neues in dieser Frage in nächster Zeit überhaupt kaum von irgend welcher Seite her zu erwarten steht, wenn nicht von Seiten der bakteriologischen Forschung, die vielleicht auch auf diesem Gebiet noch manches Weitere, auch für die Praxis Verwerthbare, ergeben könnte.

Die wesentliche Ursache der hohen Erkrankungs- und Sterblichkeitsziffer nach Geburten ist die Infection; alle Bestrebungen jene herabzudrücken, müssen daher — und sind es thatsächlich, seit man zu dieser Erkenntniss gelangt ist — darauf gerichtet sein, jegliche Infection während der Geburt auszuschliessen. Alles Andere und Uebrige ist im Vergleich mit diesem Cardinalpunkt nebensächlich und zudem in jedem der zahlreichen neueren Lehrbücher der Geburtshülfe, namentlich auch gerade dieses Capitel in dem neuesten derselben, demjenigen Runge's, so vortrefflich behandelt, dass darüber hier gar nicht weiter zu reden ist.

So einig man nun allerorten und allerseits über jenes Cardinalprincip und das zu erstrebende Ziel ist, so sehr gehen bezüglich des Weges zur Erreichung desselben die Anschauungen hervorragender Vertreter unseres Faches

[1]) Dieses zu dem von Herrn Dr. N. v. Stryk auf dem IV. livl. Aerztetag gehaltenen Vortrag «über die Leitung der normalen Geburt» gegebene Correferat war ursprünglich nicht für die Drucklegung bestimmt. Einer privaten Aufforderung dazu so verspätet noch Folge zu leisten, veranlassen mich eine Reihe im Lauf des letzten Jahres mir zugegangener Mittheilungen und Erfahrungen.

[2]) Citirt nach Veit, zur Prophylaxe des Puerperalfiebers. Berl. klin. Wochenschrift 1891. Nr. 19.

[3]) Eine solche wurde von Hegar noch vor 2 Jahren auf dem IV. deutschen Gynäkologen-Congress — (s. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gyn., IV. Congress. Herausgegeben von Dr. G. Veit und G. Krukenberg; Leipzig 1892.) — überhaupt gänzlich in Abrede gestellt: im Grossherzogth. Baden seien die Ergebnisse der Erhebungen, obgleich Aerzte und Hebammen dort nicht schlechter seien als anderswo, ganz dieselben geblieben wie früher; die günstigen Ziffern für Preussen, namentlich für Berlin, seien nur dem Umstand zuzuschreiben, dass hier die Aufnahme der Todesfälle jetzt durch die Standesbeamten geschehe, in Baden dagegen nach wie vor durch die Geistlichen; in Folge dessen ist «die Statistik in Baden besser als in Preussen»; die Controlle durch die Standesbeamten ist eine geringere, als die durch die Geistlichen, welche namentlich auf dem Lande die Familien ihres Sprengels kennen und hinzugerufen werden, wenn Wöchnerinnen erkranken; schwere Erkrankungen, geschweige denn Tod im Wochenbett werden ihnen daher kaum je entgehen; der Civilbeamte ist darin weniger orientirt.

[4]) s. Veit, l. c.

auseinander. Zwei Richtungen wesentlich stehen sich zur Zeit noch schroff gegenüber.

Ausgehend von der nachgerade wohl als absolut feststehende Thatsache anzusehenden Voraussetzung, dass jede schwerere Erkrankung post partum bewirkt wird einzig und allein durch Mikroorganismen, welche von aussen her in die Geburtswege eingedrungen sind, fordern die Einen peinlichste Vermeidung Alles dessen, was einen derartigen Import bewirken oder zur Folge haben könnte, in concreto also: Vermeidung der Berührung der inneren Genitalien, innerer Untersuchung, jeglicher Art von Scheidendesinfection etc. Da die Kürze der meiner Besprechung zugemessenen Zeit mir nicht gestattet, mich mit Details älteren Datums aufzuhalten, nenne ich als neuesten und eifrigsten Verfechter dieser Richtung nur Veit jun. in Berlin, einen der zweifellos tüchtigsten Schüler Schröder's. Wegen der jeder Einführung des Fingers resp. inneren Untersuchung anklebenden Möglichkeit des Imports oder Miteindringens pathogener Mikroben hat Veit schon vor einem Jahr in einem Artikel der Berliner klinischen Wochenschrift — wie ja auch schon Andere vor ihm — energisch gegen jede nicht durchaus nothwendige innere Untersuchung inter part. protestirt und verlangt, dass eine solche nur auf ganz stricte Indication hin vorgenommen werde; das gewohnheitsmässige Exploriren während der Geburt muss durchaus aufhören; als solche Indication formulirte er für die

I. Geburtsperiode (Eröffnungsperiode)

1) Allgemeine Störungen des Befindens:
   a. Eklampsie und Nephritis;
   b. Fieber, schlechtes Allgemeinbefinden, schlechter Puls.

2) örtliche Störungen:
   a. Blutabgang;
   b. abnorme Beschaffenheit der Wehen;
   c. abnorm lange Dauer der Eröffnungsperiode.

3) Abweichungen vom normalen Befunde bei der äusseren Untersuchung:
   a. Stand des Kopfes über dem Beckeneingang bei I. paren oder nach Wasserabgang bei Pluriparen;
   b. abnorme Dehnung des unteren Uterinsegments oder vollendete Ruptur;
   c. verlangsamte fötale Herzaction;
   d. fehlerhafte Lage oder Haltung der Frucht.

Also nur Abweichungen von der Norm nach einer der genannten Richtungen hin verlangen gebieterisch eine innere Untersuchung; einfach weil Wehen vorhanden, die Geburt begonnen hat, innerlich zu untersuchen oder bloss zum Zweck der Ermittelung der Breite des Muttermundes zu exploriren, hat keinen Zweck, da aus dieser Exploration eine Indication für unser Handeln nicht entspringen kann; das Motiv einer solchen Untersuchung wäre als Neugier zu bezeichnen.

Wegfall der inneren Untersuchung in der Eröffnungsperiode aber ist desswegen von so grosser Wichtigkeit, weil damit die Möglichkeit des Mitimports infectiöser Stoffe in den Cervix ausgeschlossen ist.

In der II., der Austreibungsperiode, ist unter normalen Verhältnissen eine innere Untersuchung gleichfalls nicht nöthig; indicirt ist diese:

1) Bei den vorhingenannten allgemeinen Störungen, denen noch etwaige abnorme Aufgeregtheit der Kreissenden hinzuzufügen ist;

2) Bei örtlichen Störungen durch:
   a. verspäteten Blasensprung;
   b. Blutabgang;
   c. mangelhafte Wehenthätigkeit;
   d. mangelnden Fortschritt der Geburt.

3) Bei Abweichungen des Befundes bei der äusseren Untersuchung — s. o.

In der III., der Nachgeburtsperiode geben nur starke Blutungen eine Indication für Eingehen mit der Hand ab.

Muss auf eine der genannten Indicationen hin eine innere Untersuchung vorgenommen werden, so geschieht dies nach sorgfältiger Desinfection der äusseren Genitalien in der Weise, dass aufgedeckt — letzteres mit derselben Berechtigung wie schon lange beim Katheterismus (früher bekanntlich auch unter der Decke) unter Leitung des Auges nach Freilegung des Introitus durch Auseinanderbreitung der Labien mit der freien Hand, der Finger strengst nach Fürbringer desinficirt in die Vagina eingeführt, bei der Ausführung der Untersuchung aber der Cervicalcanal (als derjenige Theil, von welchem aus vorzugsweise meist die Aufnahme pathogener Elemente stattfindet) wo möglich nicht berührt wird.

In allen Fällen, in denen eine der genannten Indicationen für eine Untersuchung nicht vorliegt, hat man diese zu unterlassen und die nöthige Orientirung zu gewinnen nur durch die äussere Untersuchung einerseits, durch die Beobachtung des Allgemeinbefindens, der Art der Wehen etc. andererseits; die Combination der aus diesen beiden gewonnenen Eindrücke werde bei gehöriger Fertigkeit und Uebung in der äusseren Untersuchung — an welche allerdings weit höhere Anforderungen gestellt werden müssten als bisher — so wie gehöriger Aufmerksamkeit und Erfahrung in der Deutung der Befunde, genügen, um das weitere Handeln richtig zu bestimmen.

Unzählige Einzelbeobachtungen sowie zahlreiche speciell unter diesem Gesichtspunkt vorgenommene Beobachtungsreihen in verschiedenen Anstalten lassen den Schluss gerechtfertigt erscheinen, dass eine gesunde Frau bei normalem Geburtsverlauf, falls nicht innerlich untersucht wird, ein vollkommen normales Wochenbett durchmachen wird.

Wir werden hier also zu einem Verfahren hingewiesen, welches gleich ansprechend erscheint durch seine Einfachheit, sowie dadurch, dass es nach Möglichkeit dem natürlichen Verlauf sein Recht lässt und den physiologischen Verlauf am wenigsten stört; zugleich scheint dasselbe auch in seinen Erfolgen durch die klinische Erfahrung gestützt und auch als in praxi durchführbar erwiesen.

Den entgegengesetzten Standpunkt vertritt ebenso energisch ein anderer ebenso hervorragender Schüler Schröder's: Hofmeier, in einem Artikel der deutsch. medicinischen Wochenschrift vom Dec. 1891. Als Leiter der dem Unterricht und den Untersuchungsübungen einer im Verhältniss zur Zahl der Gebärenden sehr grossen Zahl von Studenten und Hebammen dienenden Universitäts-Entbindungsanstalt zu Würzburg, unter dem Druck der beiden sich entgegenstehenden Verpflichtungen und Interessen — einerseits: die Schüler und Schülerinnen gründlichst in der Untersuchung einzuüben; andererseits: die als Unterrichtsmaterial dienenden Schwangern und Kreissenden dabei doch vor einer Schädigung ihrer Gesundheit zu bewahren, — ist ihm die Lösung dieser schwierigen Aufgabe in glänzender Weise gelungen durch strenge Durchführung einer systematischen und sorgfältigen Desinfection der zur Untersuchung Kommenden. Als ein glänzendes Resultat darf es ja wohl bezeichnet werden, wenn in 6 Semestern 1000 Gebärende von 1263 Practicanten, 117 Hebammenschülerinnen und 650 Examenscandidaten, und die Anstaltsschwangern ausserdem noch von 510 Theilnehmern an Feriencursen für die Erlernung der inneren Untersuchung, — auf welche Hofmeier bei seinem Unterricht gerade den grössten Nachdruck legt — benutzt wurden[5]) und dabei die Gesammtmorbidität auf 85 = 8,5 pCt.

[5]) Frommel berichtet über ebenso günstige Resultate einer Serie von 100 Geburten der Erlanger Klinik, bei denen die

(wovon 46, also über die Hälfte, nur leichte Steigerungen an 1—2 Tagen), die Frequenz der wirklichen ernsteren puerperalen Erkrankungen auf 2,1 pCt., die Gesammtmortalität auf 0,5 pCt., die Mortalität an Sepsis auf 0,1 (einen einzigen Fall) herunter ging — Resultate, welche sogar denjenigen von Entbindungsanstalten, die keinen Unterrichtszwecken zu dienen haben, mindestens ebenbürtig sind, von den meisten aber nicht einmal erreicht werden.

Hofmeier macht weiter darauf aufmerksam, dass sein Verfahren durchaus den chirurgischen Grundsätzen entspricht, sowie, dass jeder Geburtshelfer vor einer etwa vorzunehmenden Operation sein Operationsgebiet, die Vagina, ebenso desinficirt wie er prophylaktisch für die Untersuchungsübungen, und dass selbst nach den schwersten geburtshülflichen Operationen dieses Verfahren einen aseptischen Verlauf garantirt; warum sollte ein Verfahren, welches in schweren Fällen so ausgezeichnetes leistet, in leichteren nicht dasselbe thun und verwerflich sein?

Ist bei diesen von Hofmeier u. A. trotz so zahlreicher innerer Untersuchungen erzielten überaus günstigen Resultaten nun wirklich die von Veit und Anderen geforderte strenge Einschränkung der inneren Untersuchung inter partum noch haltbar?

Die Erwägung dieser Frage kann heutzutage nicht mehr stattfinden ohne die Resultate der bakteriologischen Forschung zu berücksichtigen. Die bakteriologische Forschung im geburtshülflichen Gebiet ist wohl veranlasst worden durch die nicht zu leugnende Thatsache, dass auch in Fällen spontan verlaufender Geburten gesunder Frauen, bei denen im ganzen Verlauf die inneren Genitalien absolut unberührt geblieben, weder innere Untersuchungen noch Einspritzungen oder dergleichen vorgenommen waren, bisweilen schwere von den Genitalien ausgehende Erkrankungen im Wochenbett gefolgt sind. Da letztere nur durch pathogene Mikroorganismen herbeigeführt werden können, so müssen, da der mütterliche Organismus diese nicht produciren kann, diese schon vor der Geburt in dem Genitalapparat vorhanden, resp. in diesen hineingelangt gewesen und durch Aufnahme in die während jeder Geburt entstehenden Wunden zur Wirkung gelangt sein, (was man ja bekanntlich in Anlehnung an die von Semmelweiss zuerst aufgestellte irrthümliche Anschauung, dass die giftigen das Puerperalfieber erzeugenden Stoffe unter gewissen Umständen in den Lochien sich erzeugen könnten, als Selbstinfection bezeichnet.) Man untersuchte darauf hin zunächst die Absonderungen der Wöchnerinnen, weiterhin das Scheidensecret Schwangerer und nicht Schwangerer.

Es steht jetzt vollkommen fest, dass das Scheidensecret Schwangerer sowohl als Gebärender immer Mikroorganismen in grosser Anzahl enthält diese sind aber wesentlich verschiedener Dignität; und dieser entsprechend ist auch das Scheidensecret ein verschiedenes, nämlich entweder:

1) Das von Döderlein als normales bezeichnete, gleichartig dem virginalen; es enthält wesentlich nur eine Art von Bacillen, (welche höchst wahrscheinlich auch die saure Reaction des vaginalen Secrets bedingen) und in einzelnen Fällen Soorpilze, aber keine pathogenen Keime. Die «Säurebacillen» bilden, wenn in relativ genügender Menge vorhanden, ein Hinderniss für die Entwickelung von Staphylokokken.

2) das pathologische, in 46 pCt. der untersuchten Fälle; typisch zu erkennen bei Individuen, deren Genitalien bereits klinisch sichtbare Zeichen von pathologischen Vorgängen darbieten (Erosionen, eiterigem Cervical-Katarrh Condylomen vaginitis granulosa etc.), reich an eigentlichen Bakterien und Kokken, eine ungleich grössere Mannigfaltigkeit von Spaltpilzen als im normalen Secret und im Gegensatz zu letzterem: beim Thierexperiment ausnahmlos giftig wirkend (Abscesse mit jauchendem Eiter gefüllt) während sie beim Eindringen in Wunden der Geburtswege Entzündungen und Eiterungen, aber keine Sepsis hervorrufen.

Unter den Fällen mit pathologischem Scheidensecret fanden sich die nach den Untersuchungen Puerperal-Septischer sowohl als nach dem Thierexperiment als die specifischen Erreger des Puerperalfiebers anzusehenden Streptokokken in circa 9,2 pCt.

Dass die im Scheidensecret enthaltenen verschiedenartigen Keime, auch wenn die Geburt ohne irgendwelche Berührung dieser Theile durch Untersuchung oder Kunsthülfe verlaufen ist, in die bei dem Geburtsact stets entstehenden vielfachen Risse im Cervix und in der Scheide eindringen können, darf nicht mehr bezweifelt werden; und zwar kann dies geschehen entweder an dem Ort, wo diese Keime angesiedelt waren oder aufgespeichert lagen, oder diese steigen zum Uterus auf, bei langdauernden Geburten durch Vermittlung von Capillarstrassen dem vorliegenden Kindstheile entlang, oder nach der Geburt an herabhängenden Eihäuten, oder in Folge des schwankenden Innendruckes des Uterus post partum. Damit ist also auch gesagt, dass für 9,2 pCt. der Kreissenden die Möglichkeit der Selbstinfection zu schwerer puerperaler Sepsis, für 35,5 pCt. diejenige zu Entzündungsprocessen im und um den Uterus und nur für die übrig bleibenden 55,3 pCt. bei Unberührtbleiben während der Geburt volle Sicherheit des Gesundbleibens gegeben ist.

Der Gedanke liegt nahe, dass unter sothaner Bewandniss es doch gewiss rationell ist, in allen Fällen, in denen das Scheidensecret als pathologisch erkannt wird, durch eine energische Aussäuberung und Desinfection die drohende Gefahr zu coupiren und dass dies dem Arzt zur Pflicht zu machen sei um so mehr als — wie Döderlein nachdrücklich betont — die Erkenntniss des pathologischen Secrets durch seine gelbe bis gelbgrünliche Farbe, seine rahmähnliche Consistenz, die häufig in ihm enthaltenen Gasblasen, die schwachsaure, nicht selten neutrale oder alkalische Reaction gegenüber dem weisslich krümmlichen stets intensiv-sauren normalen, schon makroskopisch leicht und ziemlich sicher zu gewinnen ist.

Für die Privatpraxis — die uns, m. H. hier doch zunächst interressirt — muss dieser Schluss als übereilt bezeichnet werden; auch diejenigen Autoren, denen wir die erwähnten Aufschlüsse verdanken, und von denen man jene Consequenz am ersten erwarten könnte, ziehen diese nicht, und zwar deswegen nicht, weil erstens in der Privatpraxis höchst wahrscheinlich jene Procentzahlen sich günstiger gestalten werden als bei dem den Anstalten grosser Städte entnommenen Material, das zum Theil aus Individuen besteht, die einem notorisch höchst ungünstig auf die Beschaffenheit des Scheidensecrets einwirkenden ungeregelten und übermässig frequenten Geschlechtsverkehr gefröhnt haben; die Erkrankungsgefahr wird also im Privathause von vornherein viel geringer sein und in diesem, wie Döderlein selbst einräumt, das Scheidensecret als Infectionsquelle um so mehr vernachlässigt werden dürfen, als schon das Anstaltsmaterial in 90 pCt. frei von virulenten pathogenen Mikroorganismen befunden wurde. Zweitens ist die Möglichkeit einer Abschwächung der Virulenz der im patholog. Secret enthaltenen pathogenen Keime, die in einzelnen Fällen experimentell sicher constatirt werden konnte, zu Gunsten des expectativen Verhaltens mit in Rechnung zu ziehen. Drittens wird im Privathause häufig die exacte Durchfüh-

Zahl der einzelnen Untersuchungen, die an den resp. Gebärenden vorgenommen wurden, zwischen 10 und 74 schwankte (Verhandl. der deutschen Gesellschaft für Gyn. 4. Congress. P. 65).

rung und die erforderliche öftere Wiederholung der Desinfection kaum durchzuführen sein, so dass hier «die Bestrebungen, die Wochenbettserkrankungen durch Einschränkung der inneren Untersuchung zu bekämpfen — genau in dem Sinn und in der Weise, wie Veit befürwortet, — «ganz und voll berechtigt erscheinen» (Döderlein).

Damit, m. H.! dürfte auch für unser Handeln in der Privatpraxis — in Unterrichts- und Lern-Anstalten liegt, sowohl deren speciellem Zweck und Hauptaufgabe nach, als auch auf Grund der in ihnen gebotenen Verhältnisse (s. o.), die Sache ja selbstverständlich ganz anders, — bei der normalen Geburt, oder sagen wir: spontanem Geburtsverlauf, die Richtschnur gegeben sein: prophylaktische Desinfection nur bei sicher erkannter pathologischer Beschaffenheit des Scheidensecrets und voraussichtlichem protrahirterem Geburtsverlauf, namentlich wenn die öftere Wiederholung innerer Untersuchung wahrscheinlich erscheint, und zwar, wenn man desinficirt, dann aber auch energisch und ganz exact (in derselben Weise wie vor schweren operativen Eingriffen); in allen anderen Fällen möglichste Unterlassung jeglicher vaginaler Manipulation!

Ich möchte nicht schliessen, m. H., ohne noch ein Motiv zu erwähnen, welches uns alle zur weitgehendsten Einschränkung der inneren Untersuchung inter part. treiben soll: ich meine das Beispiel, welches wir den Hebammen geben. Sie, m. H., sind doch alle davon überzeugt, wie nothwendig es ist, dass die Hebammen an das Unterlassen der inneren Untersuchung gewöhnt werden.

Wie sollen diese aber den Glauben an die Entbehrlichkeit der letzteren und das Vertrauen zu den übrigen Mitteln der Beurtheilung des Zustandes einer Gebärenden und der Geburtsverhältnisse gewinnen, wenn nicht die Aerzte ihnen die Fähigkeiten und den Muth dazu zeigen[6]). Wir müssen ihnen auch darin mit gutem Beispiel vorangehen.

[6]) Immer wieder begegnet man auch heute noch — und auch im Lauf dieses letzten Jahres ist mir dies wiederholt vorgekommen — wenn man mit Hebammen darüber zu reden genöthigt ist, dem Einwand: «Die Aerzte untersuchen ja auch immer innerlich; sie können auch ohne innere Untersuchung nicht auskommen». Der Einzelne unter uns kämpft vergeblich gegen die Berechtigung dieses Einwurfs an, nur gemeinsames und einheitliches Vorgehen aller Collegen in der angegebenen Richtung kann dieselbe zum Schwinden bringen.

8 Fälle von mit Cholera complicirter Schwangerschaft.

(Nach Beobachtungen im Odessaer Kreise während der Choleraepidemie 1892.)

Von

Dr. J. Kofmann.

Die Complication der Schwangerschaft mit Cholera bietet viel Interessantes. Schon im Beginn der Epidemie wurde ich auf dieses Zusammentreffen durch den folgenden ersten Fall aufmerksam gemacht:

I. Fall. (Im Dorfe Beikusch bei Otschakow beobachtet mit dem Herrn Coll. Inkendiker.) Patientin 22 a. n. primip., grav. in III erkrankte an Cholera. Am 3. Tage der Krankheit, nachdem alle bedrohlichen Erscheinungen schon im Schwinden begriffen waren, begann Pat. über Kreuzschmerzen zu klagen und nach einigen Stunden erfolgte der Abort spontan und ganz unbemerkt von der Pat. Erst durch Ausfragen der Mutter der Pat. aufmerksam gemacht, schritt ich zur Untersuchung der Frau, wobei ich sofort den stattgehabten Abort constatiren konnte. Der Foetus war in der Vagina zu finden, die Nachgeburt aber musste manuell aus dem cavum uteri entfernt werden. Die Pat. fühlte sich danach ganz wohl, erholte sich bald und konnte ihren häuslichen Beschäftigungen nachgehen. Etwa nach einer Woche erkrankte sie plötzlich an einer Parotitis suppur. duplex, der sie erlag. (Nach nachträglicher freundlicher Mittheilung des Coll. Inkendiker.)

Nachdem ich diesen Fall beobachtet hatte, fasste ich den Entschluss, jede an Cholera erkrankte Frau auf event. bestehende Schwangerschaft zu untersuchen und im Falle des Bestehens derselben ihr besondere Aufmerksamkeit zu schenken, um dem Aborte möglichst entgegen zu arbeiten.

Der 2. Fall liess nicht lange auf sich warten (Dorf Warwarowka bei Nikolaew beobachtet zusammen mit Coll. Milmann) Pat. primip., gravida in VII erkrankte an Cholera, am 3. Tage der Krankheit verspürte sie Kreuzschmerzen und am selben Tage kam sie nieder. Die Geburt war leicht und prompt erfolgt, die Wehen waren fast schmerzlos und unbedeutend; die Nachgeburt erfolgte nach Anwendung des Credé'schen Handgriffs. Nach Ablauf von 2 Tagen, am 5. Tage der Krankheit begann die Pat. über Schmerzen im Rachen und Kiefergelenk zu klagen. Es war eine Angina maligna zu diagnosticiren, zu der sich bald ein Erysipelas faciei zugesellte. Am 9. Tage starb die Pat.

Den 3. Fall hatte ich Gelegenheit zusammen mit Frl. Coll. Kulakowa im Dorfe Kalaglia zu beobachten. Die Pat., primip., gravida in IV, abortirte am 3. Tage der Choleraerkrankung, bald gesellte sich dazu eine Parotitis suppur. duplex mit Erysipelas faciei und die Pat. starb.

Der 4. Fall, ebenfalls daselbst beobachtet, betraf eine Frau, multipara, gravida in VIII, die der Cholera erlag ohne vorher abortirt zu haben.

Im Falle 5 handelte es sich um eine multipara, grav. in VIII (im Dorfe Kalaglia). Die Pat. machte eine leichte Cholera durch und genas. Abort erfolgte nicht.

Im Städtchen Majaki (unweit Odessa) hatte ich Gelegenheit allein 2 und zusammen mit Herrn Coll. Szawinski den dritten Fall zu beobachten.

Fall 6. Pat., multipara, gravida in VIII, verspürte am 4. Tage der Choleraerkrankung Wehen, die Geburt erfolgte leicht, die Placenta kam ebenfalls ohne künstliche Beihilfe zu Tage und die Wöchnerin genas.

Der Fall 7 trat in meine Behandlung am 3. Tage der Krankheit. Pat., multipara, grav. in IX, war stark somnolent und klagte über heftige Kopfschmerzen, am 4. Tage erfolgte die Frühgeburt ohne vorherige Wehen, wobei das ganze Ei in toto unverletzt ausgestossen wurde. Am 5. Tage nahm die Somnolenz zu, die Pat. antwortete nicht auf Fragen. Um 12 Uhr Mittags erfolgte der erste eklamptische Anfall, um 2 Uhr der zweite, um 5 Uhr Nachmittags Exitus letalis.

Den 8. Fall übernahm ich am 4. Tage der Krankheit; es war eine multipara, gravida in IV, der Abort erfolgte leicht und schmerzlos, die Placenta konnte erst am folgenden Tage manuell gelöst und entfernt werden. Pat. fühlte sich ganz wohl. 2 Tage darauf stellten sich Schmerzen im linken Kiefergelenk ein, bald schwoll die betreffende Parotisgegend an, die Parotitis wurde eitrig und die Patientin erlag dieser Complication.

Fassen wir die geschilderten Fälle zusammen, so sehen wir, dass von 8 Fällen mit Cholera complicirter Schwangerschaft zwei ohne Abort (einer mit letalem Ausgang, der andere mit Uebergang in Genesung), sechs mit Abort resp. Frühgeburt verliefen; von letzteren ging 1 Fall in Genesung über, die anderen 5 starben, und zwar einer an Eklampsia puerperarum, einer an Angina maligna und 3 an Parotitis suppur. mit Erysipelas facili. Diese letztere Complication schien mir immer sehr gefährlich zu sein. Im Falle 8 bot ich alles auf um dem Entstehen dieser Complication vorzubeugen und alle ursächlichen Momente, die die Parotitis hervorrufen könnten, zu entfernen. Die Lösung und Entfernung der Nachgeburt wurde nach sorgfältigster Vorbereitung des Operationsfeldes allen Regeln der Asepsis gemäss ausgeführt. Nach vollbrachter Operation wurden täglich 2 mal Irrigationen gemacht, der Mund wurde mit Kali chloricum gespült, die Pat. zeigte absolut keine Reactionserscheinungen seitens der Beckenorgane und doch trat Parotitis ein. Im Falle III wurde der Eiter bakteriologisch untersucht. Die Untersuchung fiel in Bezug auf Cholera-Bacillen negativ aus. Meine Beobachtungen bestätigen somit die auch anderweitig gemachte Erfahrung, dass die Cholera bei schwangeren Frauen meist letal verläuft.

Odessa, 21. Juli 1893.

Referate.

P. Kaatzer in Bad Rehburg: Ueber 14 Dauer-Heilungen von Lungenschwindsucht nach Tuberculin-Behandlung. (Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheit. Bd. XIV. Heft 1).

Vom Decemb. 90 bis Febr. 93 hat K. 44 Patienten mit Tuberculininjectionen behandelt. Davon starben 14; es waren das «meist schon fortgeschrittene Fälle, die die Grenze der zu einer Tuberculincur durchaus nothwendigen Widerstandsfähigkeit überschritten hatten und die nach den jetzigen Erfahrungen unbedingt von einer solchen Kur auszuschliessen sind». Es genasen zu dauernder Heilung auch 14. Die Diagnose der Krankheit stützt sich sowohl auf die physicalischen Symptome als auch auf den fortgesetzten Nachweis der Tuberkelbacillen im Sputum. Die Heilung wurde dann angenommen, wenn die das klinische Krankheitsbild charakterisirenden Erscheinungen sowie die Tuberkelbacillen geschwunden waren und auch nach der Entlassung geschwunden blieben. Letztere wurde in 10 Fällen 1—2 Jahre lang constatirt, in 4 Fällen 3—12 Monate. Die Zeit der Behandlung schwankte zwischen 6—52 Wochen. Durchschnittlich erhielt jeder Pat. in dieser Zeit 46 Tuberculininjectionen beginnend mit $^1/_{10}$ bis 1 mg. Die Steigerung geschieht ausserordentlich vorsichtig, langsamer als es anfangs angegeben wurde. Aber zu Bette brauchten die Pat. an den Spritztagen nicht zu bleiben, im Gegentheil alle Maassregeln der bisherigen Freiluftbehandlung in den Anstalten (Falkenstein etc.) sind fortzusetzen, weil sie die Tuberculincur wesentlich unterstützen.

Zum Schlusse fasst K. die Resultate seiner Beobachtung in 6 Sätzen zusammen, dessen erster lautet: «Das Tuberculin hat sich für die rechtzeitige Behandlung der Lungenschwindsucht bei richtiger Individualisirung in Bezug auf Menge und Darreichungsweise als ein ungefährliches und erfolgreiches Mittel erwiesen. Masing.

C. Flügge in Breslau: Die Verbreitungsweise und Verhütung der Cholera auf Grund der neueren epidemiologischen Erfahrungen und experimentellen Forschungen. (Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. Bd. XIV. Heft 1.

Die letzten Hefte dieser Zeitschrift enthalten vorzugsweise Arbeiten über Cholera. Unter diesen ist die eben angeführte besonders dadurch hervorragend, dass sie in knapper, klarer kritischer Weise alle dahin bezüglichen Fragen bespricht. Es ist unmöglich über die 80 Seiten lange Arbeit ein kurzes Referat zu geben. Es sei zu jetziger Zeit die Lectüre des Orginals allen Aerzten empfohlen; besonders der letzte VI. Abschnitt («Maassregeln zur Verhütung der Cholera») wird für alle diejenigen von hohem Werthe sein, die jetzt ihr Urtheil abzugeben haben über Quarantäne, Hospitaleinrichtung, Desinfection etc. Hier ist jede Uebertreibung aber auch jede Versäumniss in ihrer Schädlichkeit klargelegt. Masing.

R. Koch: Wasserfiltration und Cholera. (Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. Bd. XIV. Heft 3).

Ausgehend von den so auffallenden Unterschieden im Verlauf der Cholera im Herbst 1892 in Hamburg, Altona und Wandsbeck, die doch alle nur als Theile einer Stadt angesehen werden können, und von der kurzen Epidemie in der Irrenanstalt Nietleben im Beginn dieses Jahres, erörtert Koch einmal die grosse Bedeutung des Trinkwassers für die Cholera, dann den Einfluss der Filtration des Flusswassers zum Trinken (Hamburg, Altona, Nietleben) und endlich den hohen Werth des natürlich filtrirten Grundwassers zur Verhütung von Infectionen (Wandsbeck). Es erweist sich, dass die grossen Sandfilter das gesundheitsschädliche Wasser der Elbe (Altona), Saale (Nietleben), Spree (Berlin) etc wirklich brauchbar und gesund machen, aber nur dann, wenn eine gewissenhafte, technisch und bakteriologisch gebildete Controle beständig dieselben bewacht. Durch eine, wenn auch geringe Beschleunigung der richtigen Filtrationsgeschwindigkeit, durch zu häufigen oder zu seltenen Wechsel der verschlämmten Sandschichten, durch Eisbildungen im Winter etc. kann ein vortrefflich eingerichtetes Filtrirwerk plötzlich schlecht functioniren und dann sind während einer Epidemie Leben und Gesundheit von Tausenden gefährdet. Daher lautet eine der Forderungen Kochs: «Jedes einzelne Filterbassin muss, so lange es in Thätigkeit ist, täglich einmal bakteriologisch untersucht werden».

Wie viel sicherer und einfacher ist die Trinkwasserversorgung durch Grundwasser. Dieses ist in einer Tiefe von 15 Meter meist vollkommen keimfrei. Wird es in eisernen Röhrenbrunnen gesammelt und dort vor Infection von oben geschützt, so bedarf es nur dann noch einer künstlichen Filtration, wenn es zu viel Eisen oder Chloride enthält. Epidemien sind von da aus nicht zu befürchten.

In Berlin, wo in grossartigstem Maassstabe die Sandfiltration des Spreewassers eingerichtet ist und wo sich dasselbe unter tadelloser Leitung auch gut bewährt hat, wird doch schon ernstlich an eine neue Wasserversorgung durch Grundwasser gedacht. Wie wichtig sind solche Erfahrungen für Städte, die noch gar keine speciellen Trinkwasserversorgungsvorrichtungen haben und im Begriffe sind, solche einzuführen. Masing.

E. Levy und H. Knopf (Strassburg): Combinirte Behandlung der Diphtherie mit Papayotin und Carbolsäure. (Berliner klin. Wochsch. Nr. 32.)

Verff. haben zunächst experimentelle Untersuchungen über den Einfluss des Papayotins auf das Diphtheriegift angestellt. Sie versetzten Bouillonculturen, die 4—8 Wochen lang im Brütofen verweilten, mit Carbolsäure (0,5 pCt.) Die so behandelten Culturen behalten ihre Giftigkeit constant und bleiben dabei steril. 0,5 Ccm. des auf diese Weise bereiteten Giftes genügte, um ein Meerschweinchen unter den typischen Symptomen der Diphtherieintoxication nach 2 Tagen zu tödten. Setzt man diesem Diphtheriegift Papayotin hinzu und lässt das Gemisch bei 37° C. 2 Tage lang stehen, so wird die Virulenz abgeschwächt, die Thiere vertragen dann eine weit grössere Menge des Giftes (2 Ccm.), es bilden sich an der Injectionsstelle Gewebsnekrosen, die langsam vernarben. Verff. schliessen aus ihren Versuchen, dass Papayotin eine verdauende Wirkung auf das Diphtheriegift ausübt. Es wurden alsdann Beobachtungen in der Strassburger Kinderklinik angestellt. Zur Pinselung gebrauchten sie folgende Lösung: Papayotini 10,0, Acidi carbolic. puriss. liquef. 5,0. Aqua destillat. ad 100,0. Während der ersten 2 Stunden wurde alle 10 Minuten gepinselt, nachher zweistündlich (auch während der Nacht). Die Pinselung wurde sanft ausgeführt. Der Erfolg war ein eclatanter. Die Auflagerungen verkleinerten sich rasch, nur selten zog sich das definitive Verschwinden der Pseudomembranen länger als 2—3 mal 24 Stunden hin. Seit der Einführung dieser Behandlungsmethode soll die Mortalität an der Strassburger Kinderklinik abgenommen haben. Verff. sind der Ueberzeugung, dass die Beläge unter dem Einfluss der Papayotin-Carbolsäure viel rascher verschwinden, als bei irgend einer anderen Behandlungsmethode, und dass einzelne Kinder am Leben erhalten werden konnten, die ohne diese Behandlungsmethode gestorben sein würden. Statt des giftigen Carbols versuchten Verff. das Thymol in 2 pCt. Lösung anzuwenden, der Erfolg war derselbe. Abelmann.

F. Fischer: Ueber malignes Lymphom. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 36. Band. 3. und 4. Heft).

Erst seit der Mitte der 80er Jahre beobachtet man beim malignen Lymphom ein wichtiges oft vorkommendes Symptom: recurrirendes Fieber. Im Verlauf der Krankheit tritt ohne Frost staffelförmig ansteigendes Fieber bis 39° und mehr auf, hält sich in dieser Höhe einige Tage und fällt meist kritisch plötzlich ab, um dann nach kurzer Apyrexie wieder zu steigen. Fischers Patient hatte während der 314 Tage dauernden Beobachtung 10 solche Fieberanfälle von 10—21 tägiger Dauer. Während derselben veränderten sich die Drüsentumoren nicht. (Andere fanden dabei starke Anschwellung, so auch der Fall des Referenten St. Pet. med. Wochenschrift Nr. 5. 1893). Nirgends liess sich sonst eine Ursache für Fieber finden auch bei der Section nicht. Bisher hatten Maffuci, Majocchi und Picchini Strepto- und Staphylococcen in den Tumoren gefunden, Hewelke auch im Blute. Fischer hat auch ganz sicher aber nur während der Fieberanfälle im Blut und in den geschwellten Lymphdrüsen Staphylococcus pyogenes aur. gefunden. Er lässt also diese Coccen nicht als Ursache der Pseudoleucämie (malignes Lymphom) gelten, sondern nur als Ursache des Fiebers. Das Fieber ist nicht nothwendiges Symptom der Pseudoleucämie, sondern eine mehr zufällige Secundärinfection durch Staphylococcus aureus, und zwar beschuldigt Fischer die Mund- und Darmschleimhaut als Eingangspforte für die Coccen. Dass das Fieber ein periodisch intermittirendes ist, könne sich vielleicht so erklären, dass nach jedem Fieberanfall eine kurzdauernde temporäre Immunität eintrete (Analogien dafür giebt es in der Bakteriologie viele); nach Erlöschen derselben tritt leicht wieder eine neue Infection ein. Masing.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Troitzky hat Versuche mit Einreibungen von salzsaurem Chinin bei gesunden Kindern im Alter von 6 Monaten bis 10 Jahren gemacht. Es wurden Spiritus- oder Spiritus-Glycerinlösungen 1 : 30 (20 Spiritus, 10 Glycerin) angewandt. Die Einreibungen wurden am Rücken gemacht mit der Handfläche, vor der Einreibung wurde gebadet oder die Haut mit

warmem Wasser und Seife gereinigt. Von der Lösung wurde 1—1½ Theelöffel täglich zwei Mal eingerieben, bis die Haut trocken war. Der Harn wurde nach Brandt'scher Methode (Thalleiochinreaction) untersucht. Niemals gab der Harn eine charakteristische Reaction, wenn kleine Portionen des Harns 4—5 Stunden nach der Einreibung untersucht worden waren. Bei 6 Kindern wurde der ganze Harn einer Einreibungsperiode gesammelt, bei diesen gelang der Nachweis, am deutlichsten bei Kindern im Alter von 4—7 Jahren. Die Menge des sich im Harne abscheidenden Chinin nach äusserer Anwendung ist nicht ausreichend, um auf einen therapeutischen Effect rechnen zu können. (Centralbl. für Therap. Nr. III).

Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Kurland.

Es ist mit grosser Befriedigung zu begrüssen, dass die Erkenntniss der Gefahr, welche die Lepra dem Volkswohl bringt, in immer weitere Kreise dringt und dass in Folge dieser Erkenntniss der Kampf mit der Seuche immer energischer geführt wird. Vor Kurzem ist eine Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra im Gouvernement Petersburg in's Leben getreten, über die wir bald genauer berichten werden. An dieser Stelle möchten wir die Aufmerksamkeit der Leser auf die im Anfang dieses Jahres bestätigte «Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra im Gouvernement Kurland» lenken. Wie bekannt, giebt es auch in Kurland eine weit grössere Zahl von Leprösen, als man noch vor wenigen Jahren, bevor noch systematische Zählungen vorlagen, annahm. Es war daher hohe Zeit, dass Maassregeln ergriffen wurden, um die Verbreitung der Krankheit zu verhüten und wir wünschen dem Verein, der sich diese wichtige Aufgabe gestellt hat, von Herzen vollsten Erfolg. Wir möchten noch besonders darauf aufmerksam machen, dass auch ausserhalb Kurlands lebende Personen Mitglieder werden können und dass die Zahl der Mitglieder unbeschränkt ist, und der Hoffnung Ausdruck geben, dass auch auswärts offene Hände und rüstige Arbeitskräfte die Gesellschaft unterstützen und fördern mögen. In Nachstehendem geben wir auszugsweise, mit Weglassung einiger die innere Organisation der Gesellschaft und Details betreffender Paragraphen, die ministeriell bestätigten Statuten der Gesellschaft wieder:

§ 1. Der Zweck der Gesellschaft ist, das Umsichgreifen der Lepra im Gouvernement Kurland zu hindern durch Errichtung von Leprosorien, in welchen Leprakranke ein Asyl finden und verpflegt werden.

§ 2. Die Gesellschaft hat das Recht, zu diesem Zwecke bewegliches und unbewegliches Vermögen auf allgemeiner Grundlage zu erwerben und zu verwalten.

§ 4. Der Sitz der Gesellschaft ist die Stadt Talsen im Gouvernement Kurland.

§ 5. Die Mittel der Gesellschaft setzen sich zusammen:

a) aus Mitgliedsbeiträgen,

b) aus freiwilligen Gaben der Mitglieder und privater Personen an Geld oder sonstigen beweglichen und unbeweglichen Eigenthumsgegenständen.

c) aus Erträgen von Theatervorstellungen, Concerten und anderen öffentlichen Vergnügungen und Veranstaltungen, welche von der Gesellschaft arrangirt werden unter der Bedingung, dass dabei genau alle gegenwärtig bestehenden und etwa in Zukunft noch zu erlassenden gesetzlichen Bestimmungen und Anordnungen beobachtet werden.

d) aus Zahlungen, welche gegebenen Falles für die Kranken gezahlt werden, die an Lepra leiden.

§ 6. Die Gesellschaft besteht aus Ehrenmitgliedern und einer unbeschränkten Zahl von Mitgliedern.

§ 7. Mitglied der Gesellschaft kann ein Jeder, sowohl Mann als Frau werden, wenn sie sich verpflichten, jährlich nicht weniger als 3 Rbl. zu zahlen, oder wenn sie eine einmalige Summe von 50 Rbl. zur Erreichung der Zwecke der Gesellschaft darbringen.

§ 8. Zu Ehrenmitgliedern der Gesellschaft werden Persönlichkeiten gewählt, welche sich durch grössere Gaben oder durch bedeutende Verdienste um die Gesellschaft ausgezeichnet haben.

§ 10. Die Organe der Gesellschaft sind folgende: a) der Verwaltungsrath, b) die Generalversammlung.

§ 11. Der Verwaltungsrath besteht ausschliesslich des Präsidenten aus 6 Gliedern, von denen nicht weniger als zwei Aerzte sein müssen.

§ 14. Dem Verwaltungsrathe liegt ob:

a) die Führung der Geschäfte der Gesellschaft,

b) die Errichtung und Organisation von Leprosorien nach Maassgabe der vorhandenen Mittel, sowie die Oberaufsicht über die Leprosorien,

c) die Controlle über die richtige und rechtzeitige Einzahlung der Jahresbeiträge,

d) die Sorge für die grösstmögliche Vergrösserung der Geldmittel der Gesellschaft.

e) die Anstellung des leitenden Arztes eines jeden errichteten Leprosoriums,

f) die jährliche Rechenschaftsablegung an die Generalversammlung,

g) die officielle Vertretung der Gesellschaft nach aussen,

h) die Wahl der Ehrenmitglieder.

§ 15. Die Generalversammlung besteht aus allen Mitgliedern der Gesellschaft.

§ 16. Die Generalversammlung wird alljährlich zur Entgegennahme des Rechenschafts- und Cassaberichtes des Verwaltungsrathes und zur Wahl der Revisionscommission vom Präsidenten oder Vicepräsidenten der Gesellschaft zusammenberufen. Letztere muss aus dreien nicht im Verwaltungsrathe befindlichen Mitgliedern bestehen.

§ 19. Die Generalversammlung ist beschlussfähig, wenn nicht weniger als 20 Mitglieder anwesend sind. Falls die Mitglieder nicht in genügender Zahl erschienen sind, so wird nicht später als nach zwei Wochen eine neue Generalversammlung berufen, welche dann in jedem Falle, ohne Rücksicht auf die Zahl der anwesenden Mitglieder, beschlussfähig ist. Nur wo es sich um Statutenänderungen oder um die Auflösung der Gesellschaft handelt, muss wenigstens ein Drittel sämmtlicher Mitglieder anwesend sein.

§ 22. Wenn die Gesellschaft aus irgend welchen Gründen ihre Thätigkeit einstellt, so wird das gesammte Vermögen der Gesellschaft nach einem Beschlusse der Generalversammlung für einen verwandten wohlthätigen Zweck bestimmt, welcher vom Gouverneur gut geheissen und vom Minister des Innern bestätigt wird.

Vermischtes.

— Am 13. September vollendeten sich 25 Jahre, seit der Professor am Hebammen-Institut der hiesigen Entbindungsanstalt (in der Nadeshdinskaja), wirkl. Staatsrath Dr. Ernst Bidder an der genannten Anstalt (anfangs als Ordinator, seit 1874 als Docent und Professor) thätig ist. Aus diesem Anlass fand in dem Conferenzsaale der Anstalt an diesem Tage eine Feierlichkeit statt, während welcher der Jubilar von dem gesammten medicinischen Personal mit dem Director Geheimrath Krassowski an der Spitze, begrüsst wurde und demselben Glückwunschadressen von den Collegen, sowie von den Geburtshelferinnen der Anstalt überreicht wurden. Die Feier schloss mit einem Souper, welches die Aerzte der Anstalt zu Ehren des Jubilars veranstalteten.

— Am 25. September beging der Professor der Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Geheimrath Dr. Mierzejewski, das 30-jährige Jubiläum seiner Lehrthätigkeit. Zur Beglückwünschung hatten sich zahlreiche Collegen, Verehrer und ehemalige Schüler des Jubilars in der Wohnung desselben eingefunden. Das Festessen, welches zu Ehren des Jubilars an diesem Tage stattfinden sollte ist einstweilen aufgeschoben worden.

— Zum Director des unter dem Protectorat der Grossfürstin Katharina Michailowna stehenden hiesigen Hebammeninstituts ist, an Stelle des verstorbenen Dr. Balandin, wie verlautet, der Professor des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna, Dr. D. Ott, ernannt worden.

— Der ausserordentliche Professor an der Charkower Universität, Dr. N. Kultschitzki, ist als ordentlicher Professor auf dem Lehrstuhl der Histologie und Embryologie in Charkow bestätigt worden.

— Zum ordentlichen Professor auf dem Lehrstuhl der chirurgischen Hospitalklinik an der Kiewer Universität ist der bisherige ausserordentliche Professor der Chirurgie in Kasan, Dr. L. Malinowski ernannt worden. An des letzteren Stelle tritt der bisherige Privatdocent der Kiewer Universität Dr. O. A. Rustizki.

— Der Specialist für Zahnkrankheiten bei den Mädchenschulen der philanthropischen Gesellschaft, Dr. Limberg, ist zum Consultanten für Zahnkrankheiten am klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna ernannt worden.

— Ernannt: Der Oberarzt des Poltawaschen Cadettencorps, Staatsrath Dr. Medem — zum ausseretatmässigen Consultanten für Augenkrankheiten beim Poltawaschen Mädcheninstitut; der Stadtarzt von Smolensk, Collegien-Rath Potschtarew — zum Medicinalinspector von Tobolsk; der ausseretatmässige Laborant bei dem medicin.-chemischen Laboratorium der Universität Kasan, Hofrath Kurbatow — zum Gehülfen des Gouvernements-Medicinalinspectors von Jaroslaw.

— Verabschiedet auf seine Bitte: der Gehülfe des Oberarztes des hiesigen klinischen Militärhospitals, wirkl. Staatsrath Dr. Tschesnokow, mit Uniform.

— Verstorben: 1) Am 26. September zu Reval nach längerem Leiden einer der ältesten der noch lebenden einstigen Jünger der alma mater Dorpatensis, der emeritirte Oberarzt des Marienhospitals in Baku und Chefarzt der Caspi-

tille, Staatsrath Dr. Robert Reinh. Marfeld, im 78. Lebensjahre an den Folgen der Influenza. Der Hingeschiedene war in Oberpahlen (Livland) am 22. März 1816 geboren und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1838—44 studirte und der Corporation «Estonia» angehörte. Nach Absolvirung des Arztexamens i. J. 1844 wurde M. Flottenarzt, war dann Ordinator am Marienhospital in Kronstadt (1854—71) und von 1871—79 Oberarzt des Marienhospitals in Baku, zugleich auch Chefarzt der Flotille auf dem Kaspischen Meere. Im Jahre 1879 trat er in den Ruhestand und lebte seit dieser Zeit in Reval, wo er wegen seiner Ueberzeugungstreue, seiner unbedingten Ehrenhaftigkeit und seines noch im hohen Alter jovialen Wesens hochgeschätzt und beliebt war. 2) Am 28. August in Cholm (Gouv. Lublin) der frühere Kreisarzt Julian Butrym im Alter von 54 Jahren. Der Verstorbene hatte den Arztgrad i. J. 1861 an der Moskauer Universität erlangt. 3) Der jüngere Arzt des Tiraspolschen Inf.-Reg. Daniel Judelewitsch im 50. Lebensiahre. 4) In Neapel der berühmte Professor der dortigen Universität und Director des grossen Hospitals «Pellegrini», Dr. Cesare Ollivieri, im 71. Lebensjahre durch Selbstmord. Bei dem bisher auffallend gesunden und frischen Manne war vor Kurzem ein Luftröhrenleiden aufgetreten, dessen maligner Charakter sehr bald erkannt wurde. Nach sorgfältiger Consultation mit mehreren Collegen unterzog er sich einige Tage vor seinem Tode der Tracheotomie. Alles lief gut ab und vermittelst einer Canüle wurde künstliche Respiration eingeleitet. Nach einigen Tagen entdeckte Dr. Mottola, welcher die Operation ausgeführt hatte, bei einem seiner Besuche, dass der Patient mit seinem Verbande, nach Herausziehen der Canüle, sich selbst erdrosselt hatte. In einem hinterlassenen Schreiben theilte Olivieri mit, dass er vor der Aussicht eines langwierigen unheilbaren Leidens zurückschreckend, den Entschluss gefasst habe, seinem Leben ein Ziel zu setzen.

— Am 26. August n. St. feierte in Athen der ehemalige Generalarzt der griechischen Armee, Dr. Bernhard Ornstein sein 60-jähriges Doctorjubiläum. Der Jubilar wurde im Jahre 1833 in Giessen zum Doctor promovirt und trat bald darauf als Militärarzt in griechische Dienste. Er ist vielfach literärisch thätig gewesen; die meisten seiner Arbeiten sind in «Virchow's Archiv», in der deutschen medicinischen Wochenschrift und in den Veröffentlichungen der Berliner anthropologischen Gesellschaft erschienen.

— Mehrere Landschaften, wie die Twersche, Kurskische u. s. w. beziehen ihren Bedarf an Medicamenten bereits seit einiger Zeit direct von der Firma Merck in Darmstadt. Ihrem Beispiele folgend, hat nun auch, wie der «Wolsski Westnik» mittheilt, das Ssimbirsk'sche Gouvernements-Landschaftsamt das gethan und von der obengenannten Firma die Medicamente um 17,5 pCt. billiger erhalten als von der Apotheke in Ssimbirsk oder aus Moskau, von wo die Landschaft früher die Medicamente bezog. (Wr.)

— Am 17. September beging der «Erste Dentisten-Verein in Russland» das 10-jährige Jubiläum seines Bestehens mit einer Festsitzung, in welcher beschlossen wurde, ein Capital zu sammeln, von welchem Prämien für wissenschaftliche Arbeiten über Zahnheilkunde ausgesetzt werden sollen. Die Gesammtzahl der Mitglieder (die Ehrenmitglieder und correspondirenden Mitglieder mit eingerechnet) betrug während des ersten Jahrzehnts des Vereins 111.

— Am 25. September hat die Dentistin Wongl-Sswiderskaja hierselbst eine zahnärztliche Schule eröffnet, in welche Personen beiderlei Geschlechts, die ihre Bildung in einer mittleren Lehranstalt genossen haben, aufgenommen werden können. Der Cursus der Schule ist ein dreijähriger. Die Schule steht unter der unmittelbaren Aufsicht des Inspectors der St. Petersburger Medicinalverwaltung; die Leitung derselben ist dem hiesigen Arzte Dr. Arronet übertragen worden.

— Die neue städtische Irrenanstalt auf der Datsche «Nowo-Snamenskaja», in welche, wie wir seiner Zeit berichteten, bereits vor einigen Monaten Kranke aus den städtischen Irrenanstalten übergeführt wurden, ist am 26. September in Gegenwart von Repräsentanten der Stadtverwaltung, vielen Aerzten und Gästen eingeweiht und officiell eröffnet worden. Am Abend dieses Tages fand ein Concert mit nachfolgendem Tanz für die Insassen der Anstalt statt. Gegenwärtig befinden sich gegen 175 Geisteskranke in der Anstalt. Aerztlicher Leiter derselben ist Dr. Bjeljakow.

— In Riga hat der Gouverneur in Anbetracht der in St. Petersburg fortdauernden Choleraepidemie, unabhängig von der schon stattfindenden sanitären Besichtigung der Passagier-Tourendampfer, angeordnet, dass alle aus St. Petersburg oder Kronstadt eintreffenden Schiffe vor dem Einlaufen in den Hafen einer sanitären Besichtigung durch den Bolderaa'schen Arzt unterzogen werden.

— Der Stand der Cholera in Russland ist nach den letzten officiellen Bulletins noch immer ein fast unveränderter. Podolien weist wieder eine grosse Zahl von Neuerkrankungen an der Cholera auf, nämlich vom 5.—18. Sept. 1360 Erkrankungen mit 550 Todesfällen. Sehr zahlreich sind auch noch die Erkrankungen in den Gouvernements Wolhynien (vom 12.—18. Sept. 671 Erkr., 235 Todesf.), Lomsha (445 Erkr., 211 Todesf. in einer Woche), Kiew (419 resp. 153), Jekaterinoslaw (229 resp. 116) und Woronesh (225, resp. 129). Mehr als 100 Erkrankungen kamen während einer Woche noch in den Gouvernements Tula (163), Mohilew (158), Kursk (158), Kasan (128), Orel (127), Ssimbirsk (104) und Ssamara (103) vor.

In St. Petersburg macht sich in der letzten Woche eine Abnahme der Erkrankungen an der Cholera bemerkbar: es sind hier in der Woche vom 22.—29. September Mittags 205 Personen erkrankt, 104 gestorben, 155 genesen und 212 in Behandlung verblieben, während vor einer Woche diese Zahlen 316, 154, 183 und 266 im gleichen Zeitraume betrugen.

Unsere in dem vorigen Bericht gemachte Bemerkung über den Einfluss der Sonn- und Festtage auf die Erkrankungen an der Cholera, trifft auch in der eben verflossenen Berichtswoche zu: während die Zahl der Erkrankungen an den einzelnen Tagen 26 bis 28 und von Sonntag auf Montag sogar nur 24 betrug, stieg dieselbe von Montag Mittag bis Dienstag Mittag plötzlich auf 42. Es wird damit auch der Beweis geliefert, dass die Incubationszeit der Cholera meist eine sehr kurze ist. Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 25. September d. J. 5857 (29 weniger als in der Vorwoche), darunter 354 Typhus — (4 mehr), 631 Syphilis — (3 weniger), 59 Scharlach (3 mehr), 6 Diphtherie — (9 weniger), 9 Masern — (2 weniger), 12 Pocken — (1 weniger) und 217 Cholerakranke — (70 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Im Kreise Tschispol (Gouv. Kasan) sind mehrere Arztstellen erledigt. Gehalt 1000 Rbl. und für Wohnung, Heizung Beleuchtung und Bedienung 240 R. jährlich. Adresse: «Чистопольская Земская Управа».

2) Zur Leitung eines Landschaftshospitals im Kreise Duchowschtschina (Gouv. Smolensk) wird ein Arzt (Christ) gesucht. Gehalt 1000 Rbl. nebst freier Wohnung. Adresse: «Духовщинская Земская Управа».

3) Es wird ein Hausarzt für ein Gut gesucht. Gehalt 360 R. jährlich bei freier Station. Freie Praxis gestattet. Adresse: «Ковенская губернія. гор. Россіены, генеральшѣ Корево».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 19. bis 25. September 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
324	235	559	78	31	65	12	7	14	81	83	73	52	45	9	7	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 16, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 3, Scharlach 13, Diphtherie 3, Croup 1, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 19, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 132, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 68, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 24, Marasmus senilis 14, Krankheiten des Verdauungscanals 57, Todtgeborene 28.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 5. October.

◆ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 11. October.

Wirkung; milder Geschmack; geringe Dosis; auch bei längerem Gebrauche keine Verdauungsstörungen. Indication: Habituelle Stuhlverstopfung; Leberleiden; Gelbsucht etc. Neuerdings auch in der zahnärztlichen Praxis mit Erfolg angewendet.

Ichthyol wird mit Erfolg angewandt bei Frauenleiden und Chlorose, bei Gonorrhoe, bei Krankheiten der Haut, der Verdauungs- und Circulations-Organe, bei Hals- und Nasen-Leiden, sowie bei entzündlichen und rheumatischen Affectionen aller Art, theils in Folge seiner durch experimentelle und klinische Beobachtungen erwiesenen reducirenden, sedativen und antiparasitären Eigenschaften, anderntheils durch seine die Resorption befördernden und den Stoffwechsel steigernden Wirkungen.

Дозв. ценз. Спб. 2 Окт. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 41 St. Petersburg, 9. (21.) October **1893**

Zur Casuistik der Darm-Invagination.

Vortrag gehalten am 1. Sept. 1893 in Dorpat auf dem fünften Aerztetage der «Gesellschaft livländischer Aerzte».

Von

Dr. med. J. Vierhuff,

aus Subbath (Kurland).

M. H.! Die entzündliche Darm-Invagination ist ja im Allgemeinen nicht selten; Leichtenstern[1]) konnte zu seiner im Jahre 1873 veröffentlichten Sammelforschung 593 Fälle verwerthen. Während aber auf das erste Lebensjahr 131 Fälle kommen und auf das zweite noch 22, kommen auf das dritte bis fünfte Lebensjahr nur noch je 10, auf das sechste bis zehnte durchschnittlich 7 und auf die späteren Lebensjahre noch weniger Fälle. Sie ersehen daraus, wie selten Fälle von Darm-Invagination bei Erwachsenen veröffentlicht worden sind (bis 1873). Dass sie aber auch wirklich selten bei Erwachsenen vorkommen, kann ich Ihnen am besten durch die Mittheilung illustriren, dass im Stadtkrankenhause zu Riga, welches über ein recht reiches Krankenmaterial verfügt, jedenfalls in den letzten 15 Jahren (und wahrscheinlich noch viel länger) nur ein einziger derartiger Fall in vivo[2]) beobachtet worden ist; es ist dies der vom Collegen Hampeln in der Peterb. med. Wochenschrift 1883 beschriebene interessante Fall, auf den ich später noch zurückkommen werde.

Ich habe mich nun in der mir zugänglichen Literatur nach Fällen von Darm-Invagination bei Erwachsenen in den letzten 20 Jahren umgesehen und die erstaunlich kleine Zahl von nur 15 Fällen gefunden[3]). Es sind folgende:

1 Fall von Prof. Maschka (Prager Vierteljahrschrift CXXVI p. 23, 1877). 45jährige Tischlersgattin, Perforation des Darmes (Jejunum) in der Nähe einer vor 5 Jahren geheilten Intussusception; Tod.

1 Fall von Dr. Ernst Kormann (Berl. klin. Wochenschrift XVI, 48, 1879). 45jährige Frau, Ileocoecalinvagination, Heilung nach 11 Tagen durch Reposition durch Eiswasserclystiere und Massage.

1 Fall von Dr. H. Scheele (Deutsche med. Wochenschrift VI. 14, 15, 1880). 39jähriger Mann, Intussusceptio Ilei in der 4. Typhuswoche, Tod nach 8 Tagen.

1 Fall von Dr. P. Hampeln (Petersb. med. Wochenschrift, 1883, Nr. 20). 43jährige Frau, Invagination des Ileo-Coecal-ostiums, complicirt mit lateraler secundärer Invagination des Coecums, Reposition, Heilung.

2 Fälle von Prof. Mikulicz (Archiv für klin. Chirurgie XXXVIII 1 p. 74. 1889). a) 52jährige Frau mit Coloninvagination, 3 Wochen post operationem genesen entlassen. b) 28-jähriges Dienstmädchen, chron. Ileocoecalinvagination mit Prolaps, Resection des Prolapses, Heilung.

1 Fall von Braun (Marburg) (Deutsche med. Wochenschrift 1889 Nr. 31 pag. 637). Heilung durch Abstossung, die Kranke genesen (genauere Angaben fehlen).

1 Fall von Lauenstein (Hamburg) (Deutsche med. Wochenschrift 1890, Nr. 19 pag. 415). 56jähriger Mann, Invag. Ileocoecalis, Operation, nach 3 Wochen genesen entlassen.

3 Fälle von Jonathan Hutschinson (Deutsche medicin. Wochenschrift 1891, Nr. 4 pag. 152). Nähere Angaben fehlen.

4 Fälle von Prof. Czerny und Dr. Rindfleisch (Beiträge zur Chirurgie, Billroths Festschrift p. 422, 1892) a) 36-jährige Frau, Ileocoecalinvagination, Tod nach Operation. b) 52jähriger Bäcker, Ileocoecalinvagination, genesen nach Operation. c) 69-jährige Frau, Invag. Colica, genesen nach Operation. d) 22-jährige Frau, Ileocoecalinvagination, genesen nach Operation.

[1]) Ueber Darm-Invagination, von Dr. O. Leichtenstern in Tübingen, Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde (Prag) 1873, I Band.

[2]) Als Obductionsbefunde bei moribund eingelieferten Kranken sind ein Paar Fälle in Riga vorgekommen.

[3]) Die Casuistik von Dr. Barker (Lancet II 5, 6; Aug. 4. 11. 1888) war mir leider nicht zugänglich, so dass ich nicht weiss, ob die gesammelten 73 operativen Fälle von Intussusception schon zum Theil in der Leichtenstern'schen Casuistik enthalten sind und wieviele davon Erwachsene betreffen.

Zu diesen 15 Fällen kommen 2 Fälle die mir soeben privatim mitgetheilt worden sind:

1 Fall von Müller (Schujenpahlen in Livland) 24-jährige Bauersfrau, Ileocoecalinvagination, Wahrscheinlichkeitsdiagnose, spontane Ausstossung des Coecums, vollständige Genesung in c. 2 Monaten, im Jahre 1888 beobachtet.

1 Fall von Greiffenhagen (Reval) im August a. c. beobachtet, 15jähriger Jüngling, Ileocoecalinvagination, Wahrscheinlichkeitsdiagnose, Operation, Desinvagination unmöglich, Gangrän der Umschlagsfalte des Intussusceptums; Resection und Anlegen eines anus praeternaturalis wegen Aussichtslosigkeit aufgegeben, Tod 10 Stunden post Operationem.

Endlich habe ich in diesem Jahre 1 Fall von Ileocoecalinvagination mit Ausstossung und Ausgang in Genesung beobachtet, den ich hiermit Ihnen, m. H. vorzulegen die Ehre habe.

E. F. 29 a. n. von gracilem Körperbau, hatte sich bisher bis auf häufige heftige Schnupfenattaquen einer guten Gesundheit erfreut. Namentlich waren Unregelmässigkeiten in der Darmfunction nicht vorhanden gewesen. Am 15. März a. c. erkrankte er an Purpura haemorrhagica resp. Peliosis rheumatica und lag wegen sehr schmerzhafter Schwellung fast sämmtlicher Gelenke in regungsloser Rückenlage.

Am 19., also am 4. Krankheitstage, stellten sich plötzlich heftige Leibschmerzen ein und sollen einige blutige Ausleerungen stattgefunden haben. Erst am 21. (vordem zuletzt am 18.) wurde ich wieder consultirt, fand den Patienten beständig jammernd und stöhnend, mit Erbrechen, Singultus und etwas aufgetriebenem Leibe; rechts zwischen Nabel und Spina ilei ant. sup. war eine deutlich resistente bei Druck sehr schmerzhafte längliche Intumescenz nachweisbar. Die Temp. betrug 37,8. Morphium 0,014 (1/5 gran) subcutan brachte Ruhe für einige Stunden; Eisbeutel, Opium 2 stdl. 10 Tropfen.

Tags darauf am 22. März war das Krankheitsbild dasselbe, unerträgliche, kolikartige Schmerzen, die nur für kurze Zeit sistirten, Singultus, Erbrechen; totale Obstipation seit dem 19. Ein vorsichtig applicirtes Wasserclysma hat keinen Erfolg. Opium und Eisbeutel schaffen keine Erleichterung, nur nach Morphium subcutan 0,014 hört das Jammern und Stöhnen für einige Stunden auf. Patient sieht äusserst collabirt aus; Temp. 36,8. Was die Diagnose anbetrifft, so schien mir in diesem Stadium eine partielle Perforationsperitonitis wahrscheinlicher zu sein als eine Darminvagination.

Erst nach 8 Tagen am 30. März, sah ich den Kranken wieder.

Das schwere Krankheitsbild war nur wenig verändert, die Koliken und die Druckempfindlichkeit rechts vom Nabel waren noch vorhanden, doch hatten Erbrechen und Singultus nachgelassen, so dass Patient seit einigen Tagen wieder flüssige Nahrung zu sich nehmen konnte. Die Temp. betrug 38,5. (P. 100).

Es fiel jetzt eine starke oedematöse Schwellung beider Beine auf (im Harn kein Albumin). Die Obstipation bestand jetzt schon 11 Tage; es wurde ein Wasserclysma applicirt, doch kein Stuhl erzielt. Bei der Application des Clysmas floss viel Wasser zurück, der Sphincter functionirte nur unvollkommen [4]). Den Eisbeutel hatte Patient als keine Erleichterung bringend bei Seite gelassen; es wurden jetzt gegen die heftigen Koliken heisse Compressen auf den Leib applicirt, welche vorübergehend Erleichterung brachten.

Zwei Tage darauf am 1. April sollen 2 gute Ausleerungen ohne Schmerzen und ohne Blut stattgefunden haben. Dann erfolgte am 3. April, also nach 16 Tagen [5]), ein harter Stuhl, und dabei ging zum Schluss ein nekrotisches Darmstück ab, welches ich Ihnen, m. H., vorzulegen in der Lage bin: Der Darm-Sequester ist c. 40 Ctm. lang, von graubrauner Farbe; das Lumen ist nach dem einen Ende hin zum Theil erhalten und beträgt der Umfang hier c. 14 Ctm. (Ileum), nach dem anderen Ende hin ist das Lumen anfangs stellenweise unterbrochen, weiter ist kein Lumen vorhanden und ist hier eine Tasche zu sehen, von der ein c. 11 Ctm. langer dünner Fortsatz ausgeht, an welchem man beim Einschneiden ein enges Lumen erkennt (Coecum und Proc. vermiformis). Auf der nach aussen gekehrten Mucosa sind makroskopisch keine Drüsenhaufen zu erkennen.

Die mikroskopische Untersuchung (Dr. Siebert-Libau) ergiebt eine derartige Veränderung des Gewebes durch den nekrotischen Process, dass eine deutliche Strictur nicht mehr vorhanden ist, doch sind Zotten noch zu erkennen; die Mucosa ist grösstentheils zerstört, die mittleren Schichten sind noch am deutlichsten zu erkennen; überall im Gewebe finden sich Blutextravasate.

Wir haben es also mit einer Invaginatio Ileocoecalis, der häufigsten Invaginationsform (44 pCt. sämmtlicher Fälle) zu thun, und die Länge des Darmsequesters entspricht vollkommen der von Leichtenstern für diese Invaginationsform gefundenen Durchschnittslänge von 40 ctm., während dieselbe für das ausgestossene Ileum 54 ctm. und für das Colon 20 ctm. beträgt.

Weiterer Verlauf und Ausgang. Etwa 1/2 Stunde nach Abgang des Darmsequesters hatte Patient einen kurzen Schüttelfrost, wurde kurzathmig und bekam Stiche in der rechten Seite. Als ich ihn Tags darauf am 4. April sah, war der Leib durchweg weich, die resistente schmerzhafte Stelle rechts war nicht mehr vorhanden, nur bei stärkerem Druck geringe Schmerzhaftigkeit in der Nabelgegend zu constatiren. Die Temperatur betrug jetzt aber 39,0 und es waren heftige Stiche in der rechten Seite oberhalb der Lebergrenze vorhanden, so dass die Athmung sehr oberflächlich war. Es hatte eine Embolie in die Lunge stattgefunden.

Therapie: Morph. 0,014 subcutan, Eisbeutel, Opium. Die Nahrung wurde wie bisher nur in flüssiger Form und in kleinen Quantitäten gereicht. Diese knappe Diät konnte aber nur noch einige Tage durchgeführt werden, da Patient schon am Tage nach dem Abgang des Darm-Sequesters über Hunger zu klagen anfing, und der aufs Aeusserste erschöpfte Körper noch 2 Wochen lang die durch den embolischen Lungenabscess bedingten Fieberbewegungen zu ertragen hatte. Nach Ablauf dieser 2 Wochen, während welcher Zeit Patient oft Kollern im Leibe und hin und wieder auch etwas Schmerzen gehabt, dabei aber immer mit Appetit und recht reichlich gegessen und meist auch ohne Morphium oder Opium leidlich geschlafen hatte, bekam er am 19. April einen Hustenanfall, der so heftig war, dass Patient glaubte sein Ende sei gekommen; er war beständig in Transspiration, der ganze Oberkörper bedeckte sich allmälig mit zahlreichen Schweissfrieselbläschen. Der Hustenanfall dauerte 4 Stunden, und wurde in dieser Zeit nach und nach ein kleines Schälchen voll grünlichen, eitrigen Sputums expectorirt: darauf trat Ruhe ein und die endgiltige Reconvalescenz war eingeleitet.

Was die Aetiologie unseres Falles anbelangt, so unterliegt es wohl keinem Zweifel, dass die Darminvagination mit der Purpura haemorrhagica im Zusammenhang steht und zwar haben wir uns den Vorgang so vorzustellen, dass in Folge von Haemorrhagien ein Darmabschnitt erschlaffte und dann das oberhalbgelegene sich normal bewegende Darmstück in die durch Paralyse erweiterte Darmstrecke eingetrieben wurde. Es ist dieses die alte (wie ich glaube noch jetzt gangbarste) Peyer'sche Ansicht über die Entstehungsweise der Darminvagination (Leichtenstern l. c. Bd. 120 pag. 59). Unser Fall rubricirt also in aetiologischer Beziehung unter die letzte der 12 von Leichtenstern angegebenen Rubriken: «Invagination nach verschiedenen acuten oder chronischen Krankheiten (oder nach Einwirkung einer Reihe indifferenter und ätiologisch zweifelhafter Momente (66 Fälle) [6]).

Es wäre somit die Purpura haemorrhagica in die Zahl derjenigen Krankheiten einzureihen, die zur Entstehung von Darminvagination Veranlassung geben können.

Die Diagnose wurde in unserem Falle dadurch erschwert, dass die Invagination nicht, wie das meist der Fall ist, plötzlich bei einem vorher gesunden Individuum

---

[4]) Die Paralyse des Sphincters ist bekanntlich characteristisch für ein späteres Stadium der Darm-Invagination, während anfangs ein krampfhafter Verschluss des Sphincters und in Folge dessen ein heftiger Tenesmus ad anum als nahezu constantes Symptom der Ileocoecal- und Colon-Invaginationen auftreten soll. (Leichtenstern l. c. Bd. 120, pag. 64). In unserem Falle war dieses Symptom nicht besonders hervortretend.

[5]) Die Abstossung des Intussusceptum erfolgt am häufigsten zwischen dem 11. und 21. Tage nach Beginn der Erkrankung.

[6]) Leichtenstern l. c. Bd. 120 pag. 80 führt an: Nach Cholera 1 Fall, nach Typhus 2 Fälle, bei Darmtuberculose 4 Fälle, 2 Mal während Intermittens, 2 Mal bei Kranken, welche mit einer Hernie behaftet waren.

zu Stande kam, — wie z. B. in dem vom Collegen Hampeln beobachteten Falle, wo eine gesunde Frau nach dem Heben einer ungewöhnlich schweren Last plötzlich eine Invagination bekam, — sondern im Verlauf einer schweren Krankheit, bei einem wegen heftiger Gelenkschmerzen fast regungslos auf dem Rücken liegenden Patienten entstand, einer Krankheit von welcher Leichtenstern l. c. Bd. 120 pag. 89 sagt: «Dagegen dürfte die Blutung bei Purpura haemorrhagica etc. wohl niemals zur Verwechslung (mit der Blutung bei Invaginationen) Anlass geben»; einer Krankheit, von welcher Eichhorst (Bd. II pag. 837) sagt: «Blutbrechen oder blutiger Stuhl weisen auf Blutungen auf der Schleimhaut des Magen-Darmtractus hin. Zuweilen nehmen die Erscheinungen sehr stürmischen Character an, die Pat. klagen über kolikartige und peritonitische Schmerzen, ja es kann zu den Erscheinungen von Perforationsperitonitis kommen. Dieselben erklären sich durch starke blutige Infarcirung der Darmschleimhaut, nekrotischen Zerfall der infarcirten Stellen und eventuellen Durchbruch in den Peritonealraum». Namentlich diese Angabe Eichhorst's liess mich immer wieder zweifeln, ob auch wirklich Invagination vorliege. Und wenn auch fast sämmtliche Cardinalsymptome der Invagination vorhanden waren:

1. plötzlicher heftiger Abdominalschmerz.
2. Erbrechen (Singultus).
3. Blutige Ausleerungen.
4. Paralyse des Mastdarmsphincters.
5. Fühlbarsein einer Geschwulst im Bauche —

so konnte eine localisirte Perforationsperitonitis doch nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, da alle diese Symptome auch bei Peritonitis vorkommen können. (cf. Eichhorst Bd. I, pag. 1003.).

Es erübrigen noch einige Bemerkungen zum weiteren Verlauf und Ausgang.

Nach Leichtenstern (l. c. Bd. 121, pag. 28) «folgen den Abstossungen gewöhnlich mehr oder minder langwierige Gesundheitsstörungen, besonders in der Function des Darmcanales, welche die Ernährung erheblich beeinträchtigen und auf diesem und vielfach anderem Wege das Leben zu gefährden im Stande sind. So sind während Monaten und Jahren sich wiederholende Koliken, Neigung zu profusen Durchfällen, zu hartnäckiger Obstipation chron. Dyspepsien mit häufigem Erbrechen, Lienterieen anzuführen. In Folge davon entwickelt sich oft ein hochgradiger Marasmus mit hydropischen Anschwellungen oder es machen sich, ausgehend von der Narbe an der Abstossungsstelle mehr und mehr die Anzeichen der Darmstrictur geltend, welche schliesslich den Tod herbeiführt».

Unser Fall zeichnet sich dadurch aus, dass keine dieser Eventualitäten eingetreten ist, vielmehr erfreut sich Patient seit Ablauf der beiden ersten Wochen nach Abstossung des Darm-Sequesters — während welcher Zeit er wie gesagt oft Kollern im Leibe und etwas Schmerzen gehabt hatte — eines dauernden Wohlbefindens, jetzt also schon $4^1/_2$ Monate, er isst alle Speisen, hat keinerlei Functionsanomalien des Darmcanales und hat, beiläufig gesagt, im Juli geheirathet [7]. Das Einzige, was ihn noch an seine überstandenen Leiden erinnert, ist, dass er hin und wieder beim Tiefathmen und besonders beim Gähnen eine Empfindung in der Gegend des rechten Rippenbogens hat, doch beziehe ich das nicht auf die durchgemachte Invagination, sondern es scheint mir ein von dem Lungenabscess nachgebliebener pleuritischer Schmerz zu sein.

[7]) Anmerkung: Die oben erwähnten Oedeme der Beine sind im Laufe des Juli-Monats allmälig geschwunden. Ich wage nicht zu entscheiden, ob dieselben eine directe Folge der Invagination waren, oder nur ein Symptom des durch die schwere Grundkrankheit und die ungenügende Ernährung bedingten Marasmus darstellten.

Was nun endlich die der Abstossung in unserem Falle fast unmittelbar folgende Embolie in die Lunge betrifft, so habe ich in der Literatur diese Complication nicht angegeben gefunden; doch fand Leichtenstern ausser «Abscessen in der Bauchwand oder allgemeiner Furunculose neben schwerer fieberhafter Erkrankung» in einzelnen Fällen schwere «typhöse» Erkrankungen der Abstossung nachfolgend, und erklärt sie durch «septische Infection, erzeugt durch Aufnahme von Elementen der Brandjauche an der geschwürigen Abstossungsstelle».

Diesen Fällen schliesst sich der unsrige mit seinem embolischen Lungenabscess an.

M. H.! Wenn ich mir erlaubt habe Ihnen einen Fall vorzulegen, der entsprechend seinem Vorkommen in der Landpraxis nicht continuirlich, sondern unregelmässig beobachtet worden ist, so that ich das in der Ueberzeugung, dass er durch seine Seltenheit in Bezug auf Aetiologie und Verlauf Ihres Interesses würdig sei.

Referate.

L. Conitzer: Zur operativen Behandlung der Bauchfelltuberculose im Kindesalter. (Deutsche medic. Wochenschr. № 29.)

Auf der chirurgischen Abtheilung des Hamburger israelitischen Krankenhauses kamen 7 Fälle von Peritonealtuberculose an Kindern zur Operation. Vier Patienten waren an der exsudativen Form erkrankt. Bei der Laparotomie fand sich in allen 4 Fällen das charakteristische Bild: diffuse Entzündung des Peritoneums mit Verdickung desselben, vereinzelte Verwachsungen, massenhafte Eruption von kleinsten Tuberkeln und Ansammlung mehr oder weniger grosser Mengen frei beweglicher seröser Flüssigkeit. Drei Fälle boten das Bild der trockenen oder plastischen Peritonealtuberculose, Schwartenbildung und ausgedehnte Verwachsungen. Die ersten angeführten 4 Fälle heilten, trotzdem sie vor der Operation lange Zeit resultatlos intern behandelt worden waren. Bei den trockenen Formen der Bauchfelltuberculose waren bereits Complicationen vorhanden; nur ein Fall endete mit Genesung, in den beiden anderen erlagen die Kinder dem Krankheitsprocesse, obgleich nach dem operativen Eingriff eine längere Zeit Besserung beobachtet wurde. — Während die Diagnose der exsudativen Formen keine Schwierigkeiten machte, war die Erkennung der plastischen Formen nicht so einfach. Entscheidend ist die Palpation des Abdomens. Durch dieselbe konnte Verf. in allen drei Fällen abnorme Resistenzen in Form von Strängen und Platten constatiren. Auf Grund seiner Erfahrungen stellt C. folgende Schlusssätze auf: 1) Die Bauchfelltuberculose ist spontan heilbar, die trockene Form in sehr seltenen, die exsudative in einer sehr grossen Zahl der Fälle. 2) Die spontan heilenden Fälle der exsudativen Form wurden bisher von vielen Autoren als einfache chronische Exsudativperitonitis oder essentieller Ascites aufgefasst. 3) Alle Formen der Bauchfelltuberculose können durch die Laparotomie geheilt oder wenigstens gebessert werden, auch dann, wenn die interne Therapie und die Function resultatlos blieben. 4) Der Erfolg der Operation hängt ab: a. von der Krankheitsform: die besten Resultate geben die mit chronischem Erguss einhergehenden Fälle; b. von der Dauer der Erkrankung; c. von den eventuellen Complicationen. — 5) Die Operation ist indicirt, wenn die interne Therapie keine Besserung erzielt. 6) Contraindicirt bei sehr heruntergekommenen und an schwerer sonstiger Tuberculose leidenden Kindern. 7) Die Frage nach der Ursache und Art der Ausheilung der Bauchfelltuberculose durch die Laparotomie ist bis dato ungelöst geblieben.

Abelmann.

F. Grimm. Ueber Gelenkgicht. Vorschlag einer neuen medicamentösen Behandlung der Arthritis urica und ein Versuch der Begründung derselben. (Deutsche medic. Wochenschr. Nr. 17 u. 18).

Verf. wendet seit einer Reihe von Jahren Calomel bei der Behandlung der Gelenkgicht an; auch zu differential-diagnostischen Zwecken, um die Ueberzeugung zu erlangen, ob ein Gelenkleiden gichtischer oder nicht gichtischer Natur ist, kann das Mittel gebraucht werden. Vor etwa 14 Jahren verordnete G. Calomel bei einem mit protrahirter Gicht behafteten Patienten und beobachtete schon in den nächsten Tagen eine überraschend schnelle Besserung seiner Gelenkschmerzen, und Rückgang der Schwellungen. Verf. hat dann im Laufe der

Zeit an 20 gichtischen Patienten die günstige Wirkung des Calomels (auch Hydrargyrum jodatum flavum) sehen können. Die Erfolge traten manchmal prompt und überraschend ein, wie bei einem Specificum, manchmal schloss sich der momentanen Erleichterung langsamere Genesung an. Bei Menschen, welche im rüstigen Lebensalter stehen, geht dem Eintritte des Gichtanfalles gewöhnlich eine gewisse Darmträgheit voran, und grade unter solchen Umständen ist der Erfolg der Calomelbehandlung ein eclatanter. Die Schmerzen werden sofort erträglich, die Spannung im kranken Gebiete lässt nach, so dass Leute, welche in Wochen nicht daran denken konnten, in einem, zwei, drei Tagen Gehversuche machen. Auch frische, gichtische Anschwellungen schwinden sehr rasch. Zur Begründung der Wirkungsweise des Calomels macht G. folgendes Raisonnement geltend: bekanntlich bewirkt Calomel in grossen Dosen eine kräftige Anregung peristaltischer Bewegungen, welche in kolikartigen Anfällen auftreten. Durch einmalige Auslösung einer kräftigen Peristaltik wird bekanntlich der Anstoss zur Resorption von gewaltigen, unförmlichen Oedemen in einigen Tagen, zu der eines tödtlichen Lungenoedems oft in wenigen Stunden gegeben. Analog ist die Wirkung des Mittels bei der Gicht. Es soll so verabfolgt werden, dass eine kräftige Peristaltik, womöglich mit der ersten Verordnung, erreicht wird. Eine einmalige Wirkung genügt, um die Besserung einzuleiten und in der Regel auch, um sie im Gange zu erhalten. Eine Quecksilbereinverleibung im Sinne einer antisyphilitischen Cur hat bei Gelenkgicht gar keinen Sinn. In der Folgezeit legt G. auf Regelung der Lebensweise besonderes Gewicht.

Abelmann.

Prof. v. Ziemssen: Die Punction des Wirbelcanales in diagnostischer und therapeutischer Beziehung. Vortrag am XII Congress für innere Medicin. (Medicinisch-chirurg. Rundschau Nr. 17).

Quincke hat im Jahre 1891 eine Methode zur Punction des Wirbelcanales angegeben; dieselbe wurde vom Verf. in einer Reihe von Fällen tuberculöser und epidemischer Cerebrospinalmeningitis, in Fällen von Hirntumor und Hydrocephalus mit befriedigendem Erfolge angewandt. Bei hohem Hirndruck fliesst die Cerebrospinalflüssigkeit aus der Canüle (Hohlnadel von Dieulafoy Nr. II) im Strahl aus, bei geringem Druck tropft sie langsam ab. Dementsprechend zeigt der Druck verschiedene Werthe. Bei nicht entzündlichem Hirndruck ist die Flüssigkeit wasserklar und zeigt alle chemischen und physikalischen Eigenschaften der normalen Cerebrospinalflüssigkeit. Bei der epidemischen Meningitis war die Flüssigkeit milchig trübe und enthielt reichlich Flocken, welche aus Leukocyten und einem Fibrinstroma bestanden und reichlich Diplokokken enthielten. Impfversuche an Mäusen und Culturen hatten kein positives Resultat. In diagnostischer Beziehung lässt die mikroskopische, chemische und bakteriologische Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit die Möglichkeit einer Differenzirung der einzelnen aetiologischen Formen der Meningitis schon während des Lebens erhoffen. In therapeutischer Hinsicht hat die Punction im Allgemeinen befriedigende Resultate ergeben insofern, als die Erscheinungen des Hirndruckes gemindert wurden. Durch häufige Wiederholung der Punction können die günstigen Wirkungen gesteigert werden; in einem Falle von Meningitis serosa (nach Quincke) wurde durch fünfmalige Punction ein ausgezeichneter und dauernder Erfolg erzielt. Verf. hält es für möglich, dass es dereinst gelingen werde, auf diesem Wege direct Heilsubstanzen in den Wirbelcanal einzuführen. Unliebsame unmittelbare Wirkungen der Herabsetzung des Hirndruckes wurden nicht beobachtet, nur in einem Falle zeigte sich Arhythmie der Herzaction von kurzer Dauer.

Abelmann.

Prof. Roth. Ueber Granuloma mercuriale. (Correspondenz-Bl. für Schweizer Aerzte. 15. Sept. 1893.)

In der Sitzung der Baseler med. Gesellschaft berichtete Roth über folgenden Fall: Ein 25-jähriger Mann hatte im December 1892 3 Injectionen von Ol. cinereum (Hg., Lanolin, Ol. amygdal.) in die Glutäen erhalten und war nach 3 Monaten an Mercurialismus gestorben. In beiden Glutäen fand sich je eine 6 Ctm. lange, 2–3 Cm. dicke geschwulstartige Veränderung, die auf dem Durchschnitt gelb, roth und grauweiss marmorirt. Die gelben Partien erwiesen sich als Granulationsgewebe, umgeben von derbem Bindegewebe. Im Gewebe fand man unter dem Mikroskop Hg in gröberer und sehr feiner Vertheilung theils in schwarzem blättrig-krystallinischem Zustande (Hg. oxydul od. S.Hg?) theils als regulinisches Hg. Eiter fehlte.

In der Discussion warnte Zimmermann vor der Injectionsbehandlung mit Ol. ciner., da er ebenfalls einen tödtlich verlaufenden und mehrere sehr schwere Vergiftungs-Fälle gesehen. Man ist bei dieser Methode eben nicht in der Lage, den Pat. ausser Wirkung des Hg. zu setzen, sobald sich die ersten Vergiftungserscheinungen zeigen.

Massini dagegen möchte diese Behandlungsmethode vertheidigen. In der Regel ist die Behandlung schon beendet, bevor die Erscheinungen der Mercurialisation eintreten, doch giebt er zu, dass sich diese Methode ausschliesslich für kräftige Individuen eignet und hält er namentlich die Harnuntersuchung auf Eiweiss vor Beginn der Kur für nothwendig (wie dieses Ref. bereits auf dem Berliner internationalen Congress für die Syphilisbehandlung mit Hg. überhaupt als obligatorisch verlangt hat; Ref. möchte sich der Meinung Roth's persönlich anschliessen, da schon wiederholt über Intoxicationen berichtet worden und die Einführung von Hg. vivum in jeder Form nicht rationell ist).

O. Petersen.

Ferdinand Battistini: Ueber 2 Fälle von Diabetes mellitus mit Pankreassaft behandelt. (Therapeutische Monatshefte 10).

Verf. hat zwei schwere Fälle von Diabetes mellitus, in welchen trotz der absoluten Fleischdiät der Zucker niemals verschwunden war, mit hypodermatischer Injection von Pankreassaft behandelt. Der Saft wurde möglichst aseptisch aus der frischen Bauchspeicheldrüse eines Kalbes oder eines Schafes gewonnen. Das Pankreas wurde in kleine Stücke zerschnitten und in einer gleichen Gewichtsmenge von Glycerin oder von physiologischer Kochsalzlösung 24 Stunden lang macerirt und sodann ausgepresst. Vor der Einspritzung wurde der Saft durch sterilisirtes Papier filtrirt und, wenn der Saft mit Glycerin zubereitet war, mit der gleichen Menge sterilisirten Wassers verdünnt. Die Injectionen wurden in die seitliche Bauchgegend ausgeführt. Die angewandten Gaben waren gleich vom Beginn der Behandlung grösser, als die von anderen Autoren gegebenen, 5–20 Ccm. pro die. Die Diät war dabei eine gemischte. Es ergab sich nun, dass in beiden Fällen der Pankreassaft günstige Wirkungen entfaltete insofern, als die Zuckerausscheidung vermindert und eine Besserung der Krankheitserscheinungen constatirt wurde. Eine günstige Beeinflussung des Körpergewichts konnte Verf. jedoch nicht beobachten.

Abelmann.

Henry W. Sasotelle (Boston): Epitheliom des Penis. Amputation nebst Implantation der Urethra ins Scrotum. (The New-York Med. Journal. Vol. LVII, № 19).

Verf. beginnt mit interessanten statistischen Daten. Von 1885/91 wurden im Marine Hospital der Vereinigten Staaten 70826 Patienten behandelt, unter denen sich 73 Fälle von Epitheliom befanden, unter denen bei 7 Patienten Epitheliom des Penis constatirt wurde. Genauer berichtet Verf. über folgenden Fall:

60 jähriger kräftiger Seemann, seit c. 1 Jahr krank, der vordere Theil des Gliedes von einer blumenkohlartigen Geschwulst eingenommen mit der Vorhaut theils verwachsen, leicht blutend, giebt den charakteristischen Geruch, ichoröses Secret; in der Umgebung, an der Pars pendula einige Knoten. Am 4. December 1891 Amputation im oberen Drittel. Die Wunde heilte jedoch nicht, es zeigten sich Krebsknoten am oberen vorderen Theil des Scrotum. Daher am 1. Januar 1892 Excision des vorderen Theiles des Scrotum, darauf wurde die Urethra in der Länge von 10 Cm. herauspräparirt, nach unten gezogen und in eine Scrotalwunde hinein genäht, die am unteren Ende des Hodensacks angelegt, die Wunden heilten per granulationem und Pat. hat nun seine Urethralmündung am unteren Rande des Scrotum. Im März 1893 noch kein Recidiv.

O. Petersen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

W. R. Gowers: Syphilis und Nervensystem. Deutsche Uebersetzung von E. Lehfeldt. Berlin, 1893. Verlag von S. Karger. 85 Seiten.

Seine vor 4 Jahren über dieses Thema gehaltenen Lettsom-Vorträge hat G. nunmehr mit den nothwendigen Zusätzen in Buchform herausgegeben. Er bezweckte hauptsächlich unsere derzeitigen Kenntnisse über die Wirkungen der Syphilis auf das Nervensystem zusammenzufassen. Dies ist ihm in so hervorragender Weise gelungen, «dass das Lesen des anregenden Büchleins nicht nur denselben Genuss, sondern vielleicht auch denselben Nutzen gewähren mag, wie das Studium grösserer Werke». — Die erste Vorlesung ist der Pathologie gewidmet. Als allgemeines Gesetz lässt sich aufstellen, «dass isolirte Erkrankung von Nervengeweben mit bestimmter Function auf einen toxischen Einfluss hinweist, wenn sie acut, — auf einen degenerativen Process, wenn sie chronisch ist», wobei «der degenerative Process die spät auftretende Wirkung eines

toxischen Agens sein kann». Die Beziehung der Syphilis zur Tabes ist G. über jeden begründeten Zweifel erhaben. — In der zweiten Vorlesung werden Symptome und Diagnose sorgfältig besprochen, stets wird auf die noch bestehende Unsicherheit hingewiesen. Ausführlicher verweilt G. bei den leichteren Formen der luetischen Arterienerkrankungen, denn «kein luetischer Process stiftet so leicht schweren und dauernden Schaden, bei keinem sind die Folgen, einmal zu Stande gekommen, unserer Macht so völlig entzogen und doch durch rechtzeitige Behandlung so sicher abwendbar». — Die dritte Vorlesung behandelt Prognose und Therapie. Erstere muss die zwei wichtigen Thatsachen berücksichtigen, dass einerseits die Symptome von den einfachen Processen im Nervengewebe, nicht von dem specifischen Element abhängen, und dass andrerseits unsere Behandlung nur auf den specifischen Process directen Einfluss hat, dass sie mithin niemals direct auf die Symptome wirken kann. Die Prognose spitzt sich daher auf die Beantwortung folgender Fragen zu: «ist der specifische Process ein derartiger und in einem solchen Stadium, dass wir ihn ganz oder theilweise beseitigen können? Und wenn wir ihn soweit wie möglich beseitigen, lässt sich dann erwarten, dass sich die geschädigten Nervengewebe soweit erholen werden, dass die Function wiederhergestellt wird?» Die Erfolge der specifischen Behandlung beruhen auf der Entfernung des noch frischen, nicht in narbiger Schrumpfung begriffenen Gewebes, auf der Verringerung solchen Gewebes, wenn es comprimirend wirkt, und auf der Hemmung des rein entzündlichen Processes. Symptome von Rindenreizung, Krämpfe, müssen der Prognose eine besonders vorsichtige Färbung verleihen, da dauernde und zumal allgemeine Anfälle der antiluetischen Behandlung widerstehen. — Bezüglich der Therapie gelangt man mit G. zum Schlusse: Syphilis ist eine unheilbare Krankheit, zugegeben, dass «unheilbar» das Fehlen eines Beweises für die Heilung bedeutet; doch kann man der völligen Heilung thatsächlich doch recht nahe kommen und sie bisweilen sogar erreichen. JK hat auf die meisten wahren specifischen Erkrankungen des Nervensystems einen mächtigeren Einfluss als Hg, welches seinerseits bei entzündlichen Processen mehr leistet. Vor der zu lange fortgesetzten Anwendung der Antisyphilitica, namentlich des JK, wird gewarnt. Volle Dosen während 6—10 Wochen genügen durchaus zur Beseitigung eines luetischen Processes, soweit sie auf diese Art überhaupt möglich ist. Die Behandlung kann eventuell nach einer Zwischenzeit wiederholt werden. Völlig nutzlos und gefährlich sind energische Kuren gegen bleibende Symptome, die nicht zu beseitigen sind, weil sie nicht von einem noch bestehenden specifischen Process abhängen, ganz besonders bei der so häufig vorhandenen Neigung zu degenerativen Veränderungen. Ueber der Bekämpfung des luetischen Elementes vernachlässige man nicht andre Maassnahmen, welche sich auf die einfachen Veränderungen im Nervengewebe beziehen. Zur Prophylaxe hält G. die Regel für richtig, dass jeder Syphilitische mindestens 5 Jahre lang nach den letzten Erscheinungen jährlich zweimal eine dreiwöchentliche Kur durchmachen soll, während deren er täglich 1,0—2,0 JK nimmt. — Angesichts der Thatsache, dass der Syphilis gegenüber unsere Macht so beschränkt ist, schliesst G. mit einem Appell an den gesammten Aerztestand, mit allen Kräften zur Förderung des einzigen Schutzmittels vor dieser Krankheit, der völligen Keuschheit beizutragen.

Michelson.

Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten. Von P. G. Unna, Malcom Morris, H. Leloir und L. A. Duhring. Liefg. VI. Leopold Voss. Hamburg und Leipzig. 1892.

Von diesem werthvollen Unternehmen liegt uns die 6. Lieferung vor, deren Besprechung in Folge von Zufälligkeiten leider etwas verspätet von uns gebracht wird.

Die 6. Lieferung enthält wieder äusserst interessante, ganz besonders ausgezeichnet ausgeführte Bilder und zwar:

Tafel XVII. — Abnorme Verfärbung der Haut und Schleimhäute von Mitchel Bruce. Der Fall erinnert sehr an Hydrargyrose. Es ist zu bedauern, dass der zu kurze Text keine Differentialdiagnose giebt.

Tafel XVIII. — Ulcera trophica. Syringomyelie von L. Jacquet zeigt sehr anschaulich die Contractur und Mutilation der einen Hand und Ulcerationen an Kopf, Hals und Brust; dieser Fall nebst Sectionsprotocoll ist sehr ausführlich beschrieben, doch wäre auch hier genauere Differentialdiagnose sehr wünschenswerth, weil es sich in dem genannten Fall um seltene, also schwer diagnosticirbare Fälle handelt.

Tafel XIX — bringt 2 ausgezeichnete Bilder von Canities unguium (Giovannini resp. Unna, letzterer nennt jedoch seinen Fall Leukonychia), sowie die Bilder von Leukotrichia. — Wir empfehlen den Special-Collegen nochmals auf's Wärmste dieses vorzügliche Unternehmen.

O. Petersen.

Prof. M. Kaposi: Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten in Vorlesungen. Vierte umgearbeitete und vermehrte Auflage. Wien u. Leipzig. Urban und Schwarzenberg. 1893.

Es dürfte eigentlich ganz unnöthig erscheinen über ein so bekanntes Handbuch, von einem so bekannten Meister der Wissenschaft und der Schreibekunst, wie es Kaposi ist, noch mehr zu sagen, als eben, dass man wisse, dass eine neue Auflage erschienen.

Und doch scheint es uns nicht überflüssig einige Worte hinzuzufügen, denn gerade diese neue Auflage hat manche Veränderung erfahren, und inzwischen war eine französische Uebersetzung von Bemier bearbeitet und mit zahlreichen Zusätzen erschienen. Dieses wohl hat den Verf. veranlasst, dieser neuen Auflage besonders reichhaltig die neuesten Daten der dermatologischen Forschung einzufügen und zu den verschiedenen neuen Thatsachen Stellung zu nehmen, basirt auf seine so ausgezeichnete klare Beobachtungsgabe und Schärfe des Geistes, so dass man das Handbuch immer wieder mit Vergnügen und Belehrung liest.

Nur in einem Punkte können wir unmöglich dem Autor Recht geben; er kann sich immer noch nicht entschliessen, die Nothwendigkeit der Isolirung der Leprösen einzusehen, doch hoffen wir in der gewiss recht bald erscheinenden 5. Auflage in dieser Beziehung einer anderen Anschauung zu begegnen. Die Ausstattung des Buches entspricht dem anerkannten keine Mittel schonenden Verlag.

O. Petersen.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Im hiesigen Kaiserlichen Institut für Experimentalmedicin ist ein in Russland billig und leicht zu beschaffendes Product, der Holztheer auf seine desinficirenden Eigenschaften geprüft worden. Die erzielten Resultate waren vorzüglich; es ergab sich dass die gleich zu besprechenden Präparate in vielen Fällen der reinen Carbolsäure überlegen sind. Am besten eignet sich der Fichtenholztheer zum Gebrauch, weniger der Birkentheer. Es werden 4 Präparate empfohlen.

1) Reiner Theer, mit 20 Theilen Wasser vermischt, eignet sich zum Begiessen von Strassen, Abflussröhren, Abfallgruben etc. In Senkgruben etc. wird unverdünnter Theer im Verhältniss von 1 Theil zu 10 Theilen Grubeninhalt gegossen.

2) Eine alkalische Theerlösung (50 Theile Natron causticum, 250 Theile Theer, 750 Theile heissen Wassers), vor dem Gebrauch zweckmässig mit 4 Theilen Wasser zu verdünnen, eignet sich zum Waschen der Fussböden, Wände, der Wäsche (6 Stunden langes Weichen), auch der Hände.

3) Holzessig (Acetum pyrolignosum crudum), ebenso wie die genannten Präparate zu brauchen.

4) Das Theerwasser wird bereitet, indem man 1 Theil Theer mit 10 Theilen heissen Wassers übergiesst, umrührt, abstehen lässt und die klare Flüssigkeit abgiesst. Es ist immer frisch vor dem Gebrauch zu bereiten und dient zum Waschen von Gegenständen die keine Flecken vertragen (Möbel, Parquet). Auch kann es zu Körperwaschungen benutzt werden.

Die genannten Präparate, vom Kaiserl. Institut für Experimentalmedicin geprüft, sind in Petersburg bei J. Olsen (Петербургская сторона, Больш Вульфова ул. 23) zu haben.

— Marfan lobt die Anwendung der Belladonna bei Keuchhusten. Grösseren Kindern verordnet er Pillen von Extr. und Fol. Bellad. pulv. ää 0,005. Für kleine Kinder empfiehlt sich die von Cadet de Gassicourt angewandte Form: Syr. belladon. 50,0 Syr. tolutani 150,0 S. 2 Mal täglich 1 Kaffeelöffel. Auch die Tinctura bellad. mit Extr. aconiti spir. ana kann verabfolgt werden (5-10 Tropfen bei Kindern unter 2 Jahren).
(Allgem. med. C.-Zeitg. 48).

— Gleason empfiehlt die locale Anwendung von Antipyrin (4%ige Lösung und Pulverform) bei Erkrankungen des Rachens und des Kehlkopfes. Die Application ruft zunächst Reizerscheinungen hervor, dann aber erfolgt Analgesie, Erblassen der Schleimhaut und günstige Beeinflussung des Krankheitsprocesses. (Med.-chir. Rundschau, Nr. 14 1893).

— Das Guajacol wird, auf die Haut aufgepinselt, nach Wege rasch absorbirt. Es bewirkt alsdann schnelle Temperaturerniedrigung nicht nur bei Phtisischen und wird in der Wirkung erhöht, wenn die eingepinselte Fläche mit Guttapercha bedeckt wird. Nach etwa einer Stunde beginnt die Ausscheidung durch die Nieren als Guajacolschwefelsäureaether.
(Med. chir. Rundschau, Nr. 17).

— Jeder Arzt der in der Lage gewesen ist Cholerakranke zu behandeln, wird sich wohl häufig in der Verlegenheit befunden haben eine, wenn auch nur annähernd richtige Pro-

gnose im gegebenen Falle stellen zu können. Es ist daher eine Angabe Petit's (Sem. médic. Nr. 42, 1893) von Interesse, dass es ein Zeichen giebt, welches mit Sicherheit den drohenden Tod des Kranken ankündigt. Es sollen nämlich die Dejectionen in 80 pCt. aller von ihm während der letzten Epidemie beobachteten und letal verlaufenen Fälle, in wenigen Stunden sich in dem Sinne verändert haben, dass die bis dahin reiswasserartigen Stühle einen Stich ins Rosafarbene und gleichzeitig einen cadaverösen Geruch bekamen. In allen Fällen, wo dieses Symptom vorhanden war trat der Tod nach 2—3 Stunden ein.

— In der Wiener med. Wochenschrift 1893 Nr. 34 theilt J. Höhn einen Fall mit, wo das Diuretin bei einem 55-jährigen kräftigen Mann mit Dilatation des Herzens, Lungenemphysem und allgemeinem Hydrops in der üblichen Dosis die unangenehmsten Erscheinungen bewirkte. Sie bestanden in rasenden Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, Angstgefühl und Aufregungszuständen, so dass das Mittel ausgesetzt werden musste. Es muss sich hier also um eine Idiosynkrasie handeln und es wäre daher interessant zu erfahren, ob auch andere Collegen derartige Beobachtungen gemacht haben.

— Brandenburg (Zug) beobachtete bei einer 25jährigen verheiratheten Patientin, die er einige Tage an Cystospasmus (keine Cystitis!) behandelt hatte, Lipurie, die plötzlich aufgetreten war. Auf dem frisch gelassenen Urin sollen grosse Fetttropfen geschwommen sein. In einem Fläschchen fand sich auf der Urinprobe eine stearinartige erstarrte Decke von 4 Cm. Durchmesser und c. 2 Cm. Dicke. Der Urin reagirte stark sauer; Eiweiss und Zucker nicht vorhanden. In einer anderen Urinprobe zeigten sich kleine undurchsichtige Scheibchen auf dem Urin schwimmend, deren mikroscopische Untersuchung Fettkrystalle zeigte; daneben auch einzelne Fetttropfen. Die Fettscheiben lösten sich in Aether, auch an der Sonne. Sargdeckelkrystalle oder Margarinsäurenadeln nicht vorhanden. — Die Lipurie dauerte drei Tage lang, hörte dann ganz auf. Ausser hochgradiger Anaemie liess sich kein aetiologisches Moment nachweisen. Therapie: Tinct. ferri acet. aether.

(Corresp. f. Schw. Aerzte Nr. 18).

— Bei der Erfolglosigkeit der Therapie des Heuschnupfens dürfte ein höchst einfaches von Dr. Ferber (Hamburg) gefundenes und an sich selbst erprobtes Mittel von Interesse sein. Seit 30 Jahren alljährlich an Heuschnupfen leidend, hatte er alle mögliche Mittel stets vergebens angewandt. Da brachte ihn die Thatsache, dass beim Winterschnupfen zuerst die Ohren heiss, nach Auftreten der Absonderung aus der Nase wieder kühl wurden, auf folgendes Verfahren: Er rieb sich bei Beginn der lästigen Erkrankung die Ohren, die dann kalt und blass sind, tüchtig, selbst bis zum Wundsein und wiederholte dies Reiben bei jeder neuen Congestion zur Nase. Dadurch gelang es ihm die lästigen Beschwerden zu vertreiben.

(Corresp. f. Schweizer Aerzte Nr. 18).

Dr. Oscar Meyer †

Montag den 20. September, verschied an einem Herzleiden einer der beschäftigtsten Kinderärzte unserer Stadt — Dr. Oscar Meyer, im 56. Lebensjahre.

Nach Absolvirung der Studien an der kaiserlichen medico-chirurgischen Akademie im Jahre 1861 trat Dr. Meyer eine Studienreise nach Deutschland und Frankreich an, von der zurückgekehrt er im Jahre 1863 in das St. Petersburger Findelhaus eintrat, wo er den Grund legte zu seiner speciellen Ausbildung in der Kinderheilkunde.

Als im Jahre 1869 das Kinderhospital des Prinzen Peter von Oldenburg eröffnet und er zum älteren Arzt an der therapeutischen Abtheilung desselben ernannt wurde, übernahm er damit eine in unserem Hospitalwesen damals neue Aufgabe — die Leitung einer Hospitalabtheilung mit Assistenzärzten.

Im Verlaufe von 24 Jahren wirkte Dr. Meyer in dieser Stellung mit bestem Erfolg und die grosse Zahl von Aerzten, welche sich in dieser Zeit als Assistenten am Kinderhospital in der Kinderheilkunde ausbildeten, ist mit wenigen Ausnahmen auch durch seine Schule gegangen. Mit einer ausgesprochenen Begabung für die nüchterne Beobachtung und ein klares, energisches Handeln am Krankenbett ausgerüstet, konnte es nicht fehlen, dass seine grosse und geläuterte Erfahrung ihm die Anerkennung und das Vertrauen der Collegen in weiten Kreisen sicherte. Neben seiner Tüchtigkeit waren es vortreffliche Charaktereigenschaften — sein gerader Sinn, sein wohlwollendes Gemüth, seine Pflichttreue und seine stete liebevolle Bereitwilligkeit zu helfen, welche ihm das Vertrauen und die Liebe Aller erwarben, die ihn kannten.

Neben seiner Berufsthätigkeit widmete Dr. Meyer viel Zeit und Arbeit auch Werken der Wohlthätigkeit. Er war langjähriger Director eines Kinderasyls und Mitbegründer und ärztlicher Leiter des Kinderheims in Pargola.

Die Aerzte Petersburgs verlieren an ihm einen vortrefflichen, als Arzt und Mensch gleich zuverlässigen Collegen, ein grosser Kreis von Familien den lieben, bewährten ärztlichen Freund und Berather.

Ehre seinem Andenken!

Die Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra im Gouvernement St. Petersburg.

Obgleich schon vor fast 20 Jahren vereinzelte Fälle von Lepra, aus dem Gouvernement St. Petersburg stammend zur Beobachtung gekommen, wurde man doch erst auf dieselbe aufmerksam, als Dr. O. Petersen in seiner Arbeit «43 Fälle von Lepra in St. Petersburg» (cf. diese Wochenschrift 1888 Nr. 42) unter Anderem darauf hinwies, dass 12 seiner Fälle aus dem Gouvernement St. Petersburg stammten und zwar aus dem Kreise Jamburg — 6, Gdow — 2, Petersburg — 3 und Peterhof — 1. Ziemlich bald darauf lenkte der Landarzt, Dr. P. Prochorow ebenfalls seine Aufmerkmerksamkeit auf diese Krankheit, fing an nachzuforschen und musste leider constatiren, dass die Zahl der Leprösen bei Weitem grösser sei, als man glaubte. So stieg die Zahl der bekannten Fälle recht rasch und gegenwärtig hat Dr. Prochorow ein Verzeichniss von 51 Fällen, während Dr. Petersen alljährlich 2—3 neue Lepröse in der Stadt St. Petersburg constatiren muss. Diese Thatsache hat einen so ernsten Hintergrund, dass es begreiflich ist, wenn die genannten Aerzte alle Kräfte anspannen, um die Errichtung einer Leproserie durchzusetzen.

Nachdem es nun gelungen, auf der Versammlung der Landärzte a. c. den kürzlich neu ernannten Gouvernements-Medicinal-Inspector Dr. A. Karmilow von der Wichtigkeit dieser Frage zu überzeugen, machte dieser dem Gouverneur, Grafen Toll, entsprechende Mittheilungen und als Resultat wurde im Sommer das Statut der «Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra im Gouvernement St. Petersburg» dem Ministerium des Innern eingereicht, welcher am 31. August dasselbe bestätigte. Am 29. September nun hat die constituirende Versammlung stattgefunden, auf welcher der folgende, laut Statut aus je Aerzten und Nichtärzten bestehende Verwaltungsrath gewählt worden: Präsidentin. die Frau Gouverneurin, Gräfin Toll. Mitglieder: Dr. A. Karmilow. Dr. O. Petersen. Dr. P. Prochorow, Dr. M. Murinow, Dr. A. Trubatschew sowie der Präsident des Gouvernements-Landschaftsamtes Markow, der Adelsmarschall des St. Petersburger Kreises Trubnikow, die als Philanthropen bekannten Herrn wirkl. Staatsräthe Rukowischnikow und Alexejew. Zum Secretär wurde der Beamte zu besonderen Aufträgen beim Gouverneur, Herr A. v. Lilienfeldt-Toal gewählt. Zu Ehrenmitgliedern wurden gewählt: der Gouverneur Graf Toll. der Mitropolit Palladius und Prof. Münch.

Somit können wir die äusserst erfreuliche Thatsache constatiren, dass die Gesellschaft bereits ins Leben getreten und gewiss in allernächster Zeit ihre segensreiche Thätigkeit entwickeln wird. Mitglieder können alle diejenigen werden, die nicht weniger als 3 Rbl. jährlich einzahlen.

Beiträge werden entgegengenommen, in der Canzellei des Gouverneurs (Glinkastrasse Nr, 7) sowie bei den Gliedern des Verwaltungsrathes. Wir hoffen die Collegen werden nicht unterlassen, dem Verein durch Propagation ebenfalls zu helfen. damit recht bald der Bau einer Leproserie im Kreise Jamburg. wo die meisten Leprösen leben in Angriff genommen werde.

Vermischtes.

— In der letzten Septemberwoche haben zwei hochgeachtete Lehrer der Universität Jurjew (Dorpat) die Professoren Dr. Arthur v. Oettingen (Physiker) und Dr. O. Küstner (Gynäkolog) die Stadt Jurjew verlassen, ersterer, um in Leipzig eine neue Wirkungsstätte zu suchen, letzterer, um den Lehrstuhl der Geburtshülfe und Gynäkologie an der Universität Breslau zu übernehmen. Den Scheidenden sind in den letzten Tagen ihres Aufenthalts an dem Orte ihrer bisherigen Wirksamkeit zahlreiche Beweise der Anerkennung und Hochachtung zu Theil geworden, die sie sich durch ihre wissenschaftlichen Leistungen und ihre Thätigkeit als Universitätslehrer erworben haben. Prof. A. v. Oettingen wurde einige

Tage vor seiner Abreise von der Jurjewer (Dorpater) Naturforschergesellschaft, um welche er sich grosse Verdienste erworben hat, einstimmig zum Ehrenmitglied erwählt.

— Unserem Landsmann, Professor Dr. Ernst v. Bergmann in Berlin, ist, wie dem «Rig. Tageblatt» von dort mitgetheilt wird, von der Königin-Regentin von Spanien das Grosskreuz des Ordens «Isabella la Cattolica» verliehen worden. Es ist diese Ordensverleihung wohl ein Act der Erkenntlichkeit der spanischen Regierung für die vor einigen Monaten an dem ehemaligen spanischen Minister Romero Robledo von dem berühmten Chirurgen mit bestem Erfolge ausgeführte Operation.

— An Stelle des Prof. Mierzejewski ist der bisherige Professor der Kasanschen Universität Dr. W. Bechterew auf den Lehrstuhl der Psychiatrie und Nervenkrankheiten an der militär-medicinischen Academie übergeführt worden. Es sind somit jetzt alle Lehrstühle an der Academie, bis auf den Lehrstuhl der Geologie und Mineralogie, besetzt. Letzterer bleibt für's Erste unbesetzt, bis die unter dem Vorsitz des Professors der Physik Jegorow niedergesetzte Commission von Professoren der Academie die Frage bezüglich der Verschmelzung einiger Lehrstühle (darunter auch des Katheders für Geologie) und der Creirung neuer Lehrstühle entschieden hat. Die Academie zählt gegenwärtig 22 etatmässige ordentliche Professoren, 12 etatmässige ausserordentliche Professoren (eine Professur vacant) und 67 Privatdocenten. Ausserdem gehören zum Bestande der Academie 11 Prosectoren, 3 Laboranten, 21 Assistenten, 1 Bibliothekar mit 3 Gehülfen, 1 Conservator des geologischen Museums und 3 Präparatoren.

— Zum Nachfolger Prof. Sklifassowski's auf dem Lehrstuhl der Chirurgie und Director der chirurgischen Facultätsklinik der Moskauer Universität ist der bisherige ausserordentliche Professor der operativen Chirurgie daselbst Dr. Alexander Bobrow ernannt worden. An des Letzteren Stelle tritt der bisherige Prosector und Privatdocent Dr. P. Djakonow.

— In der Jahresversammlung der Gesellschaft russischer Aerzte ist der Professor der militär-medicinischen Academie Dr. L. Popow zum Präses, Dr. W. N. Ssirotinin zum Secretär, Dr. W. Pokrowski zum Cassirer, Dr. M. Tschelzow zum Bibliothekar und Dr. M. W. Janowski zum Redacteur der Arbeiten der Gesellschaft («Труды Общества») erwählt worden. In einer 8 Tage später veranstalteten ausserordentlichen Sitzung wurde der Professor der militär-medicinischen Academie, Dr. I. P. Pawlow zum Vicepräsidenten gewählt.

— Verstorben: 1) In Taschkent der dortige Kreisarzt, Staatsrath Dr. Casimir Johannson, im 51. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung auf der Dorpater Universität erhalten, wo er von 1863—70 studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde zog J. nach Taschkent, wo er bis zu seinem Lebensende den Posten des Kreisarztes des Kuraminsk'schen Kreises im Syr-Darja-Gebiet bekleidete. 2) Am 23. September der ältere Ordinator der Mjassnitzki'schen Abtheilung des Arbeiterhospitals in Moskau, Dr. W. J. Rasumow, im 50. Lebensjahre. Die Arztwürde hat R. im Jahre 1875 in Moskau erlangt. 3) Der jüngere Arzt des 11. Grenadirregiments, Colleg.-Rath Kaschkarow.

— Der Oberarzt des Taschkent'schen Militärhospitals wirkl. Staatsrath Dr. K. Proskurjakow, hat nach 40-jährigem Dienst (davon mehr als 20 Jahre in Taschkent) seinen Abschied genommen. Die Collegen vom Hospital, sowie die Aerzte der Stadt und viele Verehrer und Freunde desselben veranstalten ihm zu Ehren ein Diner.

— Das Diner zu Ehren Prof. Mierzejewski's, welches am Tage seines Jubiläums nicht zu Stande kam, wird am 16. Oct. um 6 Uhr Nachm. im Restaurant Cubat stattfinden.

— Am 29. September gelangte im hiesigen Bezirksgericht der Process des bekannten Professors Jaeger («Woll-Jaeger») gegen den Redacteur des «Wratsch», Prof. W. A. Manassein zur Verhandlung. In der Klageschrift war angeführt, dass Prof. Manassein in seiner Wochenschrift «Wratsch» den Prof. Jaeger einen «berüchtigten Charlatan oder richtiger Geisteskranken» nenne, «der in seiner neuen Schrift «Stoffwirkung im Lebewesen» (Leipzig 1892) beweist, dass man nach dem Duft der Ausscheidungen Nationalität, Geschlecht, Gewohnheiten und Krankheiten bestimmen kann etc.» Prof. Manassein erklärte, dass er in dem incriminirten Artikel nur seine Pflicht als Arzt und Redacteur eines Specialorganes erfüllt habe. Das Gericht fällte ein freisprechendes Urtheil und das Publicum bereitete Prof. Manassein eine stürmische Ovation.

— Im April dieses Jahres ist eine «Gesellschaft der Aerzte des Talsenschen Kreises (des Kurländischen Gouvernements) und Umgegend» ministeriell bestätigt worden. Wirkliche Mitglieder des Vereins können alle in Nordkurland oder der nächsten Umgegend desselben wohnhaften Aerzte, Pharmaceuten und Veterinäre sein. Ehrenmitglieder und Correspondenten können auch ausserhalb des Gouvernements wohnhafte Personen werden. Der gewöhnliche Versammlungsort des Vereins ist der Flecken Talsen, doch können auch andere Orte Nordkurlands zum Versammlungsort bestimmt werden.

— Die I. allrussische Hygienische Ausstellung in der Michaelmanege hierselbst wird am 10. October geschlossen werden. Dieselbe ist jetzt von 11 Uhr Vorm. bis 8 Uhr Abends geöffnet. Die Vertheilung der Preise wird nicht vor dem Schlusse der Ausstellung stattfinden. Die Experten-Commission besteht aus dem Professor der Hygiene an der militär-medicinischen Academie Dr. S. W. Schidlowski (als Präses), dem Gehülfen des Directors der Entbindungsanstalt Prof. Dr. I. M. Tarnowski, und dem Vertreter der Haupt-Ingenieur-Verwaltung Generalmajor S. J. Jassukewitsch. Als Secretäre fungiren der hiesige Arzt Dr. W. Werekundow, der Militär-Ingenieur-Capitän W. P. Stazenko und der Ingenieur-Technolog S. M. Goldstein.

— Das St. Petersburger Stadtamt hat beschlossen, dem Organisationscomité des V. Congresses russischer Aerzte, welcher vom 27. December 1893 bis zum 4. Januar 1894 in St. Petersburg stattfinden wird, von Seiten der Stadt eine Subvention im Betrage von 1000 Rbl. zukommen zu lassen.

— Von den St. Petersburger Dumaärzten wurden im Jahre 1892 ambulatorisch und zu Hause nicht weniger als 171,970 Kranke behandelt. Aerztliche Hülfe wurde von denselben überhaupt in 288,587 Fällen ertheilt. Das Personal der Dumaärzte bestand aus 10 Aerzten und 14 Aerztinnen. Unter den Infectionskrankheiten, welche die Hülfe der Dumaärzte in Anspruch nahmen, standen die Cholera und choleraverdächtigen Erkrankungen an der Spitze, dann folgten die Grippe (12,000 Erkrankungsfälle) und die Masern.

— Die Choleraepidemie in Russland ist in den inneren Gouvernements in Abnahme begriffen, während sie in den westlichen Theilen des Reichs zunimmt. Die grösste Zahl von Choleraerkrankungen weisen noch immer Podolien, wo vom 12.—25. September 563 Erkrankungen und 234 Todesfälle vorkamen und das Gouvernement Wolhynien auf, in dem vom 19.—25. September 518 Erkrankungen und 238 Todesfälle gezählt wurden. Es folgen sodann die Gouvernements Jekaterinoslaw (vom 5.—19. September 333 Erkrankungen und 148 Todesfälle), Lomsha (19.—25. September 381 Erkrankungen, 190 Todesfälle), Ssamara (19.—25. Sept. 308 Erkr. und 142 Todesf.), Kiew (12.—25. Sept. 287 Erkr., 91 Todesf.), Orel (19.—25. Sept. 193 Erkr., 59 Todesf.), Tula (155 resp. 40), Woronesh (116 resp. 54) und Ssaratow (114 resp. 66). In den übrigen Gouvernements betrug die Zahl der Erkrankungen weniger als 100. Neu hinzugekommen ist die Stadt Jurjew (Dorpat), wo vom 19. September bis 5. October 28 Personen an der Cholera erkrankten, von denen 17 gestorben sind. In Behandlung verblieben dort am 5. October 6 Personen. In Reval ist ein vereinzelt gebliebener Fall von Cholera vorgekommen, der aus Jurjew (Dorpat) eingeschleppt war.

In St. Petersburg nimmt die Epidemie allmälig ab. Es erkrankten hier in der Woche vom 29. September bis 6. October Mittags 154 Personen, genasen 131, starben 68 und verblieben in Behandlung am 6. Oct. 167 Personen. In der vorhergehenden Woche betrugen die entsprechenden Zahlen noch 205, 155, 104 und 212.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 3. October d. J. 5885 (28 mehr als in der Vorwoche), darunter 369 Typhus — (15 mehr), 646 Syphilis — (15 mehr), 53 Scharlach (6 weniger), 15 Diphtherie — (9 mehr), 11 Masern — (2 mehr), 12 Pocken — (= Vorwoche) und 159 Cholerakranke — (58 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Es sind mehrere Landschaftsarztstellen im Kreise Krestzy (Gouv. Nowgorod) zu besetzen. Jeder Arzt hat ein Krankenempfangslocal mit 1—2 Betten und der nöthigen Bedienung zur Verfügung. Gehalt 900 Rbl. jährlich. Adresse: «Крестецкая Земская Управа».

2) Es wird ein Arzt für den Flecken Rotmistrowka (Gouv. Kiew) mit jüdischer Bevölkerung gesucht. Gehalt 300 Rbl. jährlich. Nähere Auskünfte ertheilt der Apotheker Jacob Saidemann in Odessa.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 26. September bis 2. October 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
310	213	523	76	33	56	16	13	20	81	67	66	30	30	27	6	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 12, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 8, Scharlach 5, Diphtherie 8, Croup 3, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 12, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 112, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 74, Tuberculose anderer Organe 3, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 24, Marasmus senilis 19, Krankheiten des Verdauungscanals 52, Todtgeborene 25.

An die Redaction eingesandte Bücher.

Kast und Rumpel. Pathol. anat. Tafeln. VI. Lief.
Mars. Apparatus plasticus. Cracoviae 1893.
Schreiber. Arzneiverordnungen. II. Theil. Frankfurt, Alt 1893.
Lange. Vademecum der Geburtshülfe. Königsberg, Beyer 1893.
Jessner. Compendium der Hautkrankheiten. Ibidem.
Silex. Compendium der Augenheilkunde. 2. Auflage. Berlin, Karger 1893.
Dührssen. Gynäkol. Vademecum. Ibidem.
Rosenberg. Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und Kehlkopfs. Ibidem.
Blaschko. Syphilis und Prostitution. Ibidem.
Löbker und Nieden. Beitr. aus dem Gebiet der Chirurgie und Medicin. Wiesbaden, Bergmann 1893.
Huber. Bibliographie der klinischen Helminthologie. München, Lehmann 1893.
Barth. Die Cholera. Breslau, Preuss und Jünger 1893.
Fränkel. Ueber Gasphlegmonen. Hamburg, Voss 1893.
Münch. Die Zaraath (Lepra). Ibidem.
Grawitz. Atlas der pathol. Gewebelehre. 1. und 2. Lief. Berlin, Schöltz 1893.
Otto. Untersuchungen über Sehnervenveränd. bei Arteriosclerose. Berlin, Springer 1893.
Paschkis. Kosmetik für Aerzte. Wien, Hölder 1893.
Königsstein. Behandl. der häufigsten Augenkrankheiten. 4. H. Wien, Braumüller 1893.
Klein. Ursachen der Tuberculinwirkung. Ibidem.
Schrötter. Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes. Ibidem.
Kaposi. Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. II. Hälfte. Wien, Urban und Schwarzenberg 1893.
Löbisch. Anleitung zur Harnanalyse. Ibidem.
Haug. Krankheiten des Ohres. Ibidem.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 19. October.

Tagesordnung: 1) Dr. Hulanicki: Ueber die augenärztliche Thätigkeit einer fliegenden Colonne im Tschernigowschen Gouvernement.
2) Dr. Blessig: Ueber Verletzungen des Auges durch Fremdkörper (mit Demonstration).

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 25. October.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

M. Winkler, Соляной пер. д. 4, кв. 11.
Frau **Hasenfuss,** Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.
Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.
Frau **A. Wiander,** Вас. Остр. 7 л. д. 9, кв. 6.
Frau **Marie Kubern,** Мойка 84, кв. 19.
Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп. д. 5, кв. 18.
Sophie Jordan, Вас. Остр., 10 лин. д. 11, кв. 9.
Frau **Duhtzmann,** Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.
Fr. **Amalie Schulze,** Офицерская 55/17, кв. 93.
А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.
Вѣра Андрѣевна Скорлигина. Невскій пр. д. 98, кв. 6.

Дозв. ценз. Спб. 11 Окт. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 42 St. Petersburg, 16. (28.) October **1893**

Ein Fall von isolirtem Sehhügeltumor.

Von

Dr. E. Masing.

In der Februarsitzung 1890 des deutschen ärztlichen Vereins habe ich einen damals eben im Marien-Magdalenenhospital beobachteten Krankheitsfall mitgetheilt. Diese Mittheilung ist in den Protokollen des Vereins nicht gedruckt worden; eine beabsichtigte anderweitige Veröffentlichung ist auch unterblieben. Ich thue es jetzt doch nachträglich, obgleich die Beobachtung keineswegs den Jahr für Jahr verfeinerten Ansprüchen bei der Untersuchung von Gehirnkranken entspricht. Aber da die physiologische Bedeutung gerade der Sehhügel so wenig sichergestellt ist, ist doch jeder Fall von isolirter Erkrankung derselben beachtenswerth.

Am 8. Jan. 1890 wurde der 15-jährige Handwerksbursche P. Z. ins Hospital aufgenommen. Er hat immer in St. Petersburg gelebt. Von seinen Eltern weiss er nichts. Auch seine Adoptiveltern sind todt, aber deren Kinder können über ihn jede Auskunft geben. Darnach war er immer gesund gewesen, hatte sich normal entwickelt, körperlich und intellectuell, und hatte immer einen tadellosen Lebenswandel geführt.

Auf 2 Monate zurück ist der Beginn der Erkrankung zu verlegen. Da hatte er ab und zu Zittern in den rechtsseitigen Extremitäten bemerkt. Allmählich entwickelte sich in diesen deutliche Kräfteabnahme, so dass er bald mit der linken Hand zu essen und etwas zu hinken anfing. Einen Monat später traten Kopfschmerzen, ab und zu Erbrechen und Sprachstörungen hinzu, dann auch Doppelsehen, so dass er sich gewöhnte, das linke Auge zu schliessen, um einfach zu sehen.

Am 7. Januar trat ein Anfall von heftigem «Zittern» (Convulsionen?) der rechten Extremitäten mit Verlust des Bewusstseins auf. Daher Ueberführung in's Hospital.

St. pr. Blasser, gut genährter junger Mensch. Jetzt Bewusstsein gut. Er beantwortet alle Fragen, die sich auf den augenblicklichen Zustand beziehen, gut, ist aber in Bezug auf Früheres sehr confus. Es macht den Eindruck, als scheute er die Anstrengung des Nachdenkens. Kopfschmerz stark. Keine Sprachstörung, kein Schwindel, alle Sinne normal, abgesehen von den Sehstörungen. Leichte Parese des rechten Facialis in allen seinen Zweigen, Parese des rechten Hypoglossus (die Zunge wird sonst gut bewegt aber constant etwas nach rechts vorgestreckt), deutliche Parese des r. Armes und r. Beines. Er kann den Arm bewegen, er kann gehen, aber kraftlos und unsicher. Keine Ataxie, gutes Muskelgefühl. Die Sensibilität auf der ganzen r. Körperhälfte stark herabgesetzt und zwar ziemlich gleich stark überall. Mastdarm und Blase normal. Dr. Blessig, Ordinator des Augenhospitals, der den Pat. einmal zu untersuchen die Gefälligkeit hatte, fand: An den Augen leichte Divergenzstellung; Diplopie im ganzen Blickfelde; links leichte Ptosis; beide M. M. externi (abducens) und obliqui superiores, (trochlearis) wirken anscheinend normal; die vom N. oculomotorius versorgten Bulbusmuskeln erweisen sich beiderseits sämmtlich und zwar in ziemlich gleichmässiger Weise paretisch, doch ist kein einziger derselben ganz gelähmt. Pupillen gleich, mittelweit, reagiren nicht auf Licht, verengern sich aber bei der Convergenz (reflectorische Pupillenstarre). Accomodation konnte nicht geprüft werden. Sehschärfe nicht sicher zu beurtheilen, Gesichtsfeld (Fingerprobe) — keine Hemianopsie. Ophthalmoskopischer Befund negativ. An den Organen der Brust- und Bauchhöhle war nichts Krankhaftes zu finden.

Diagnose. Die Abwesenheit eines Herzfehlers und das allmählige Entstehen des Krankheitsbildes sprachen für Gehirntumor. Das jugendliche Alter liess am meisten an Tuberkel denken, wogegen freilich die gesunden Brustorgane sprachen. Der Sitz konnte weder die Rinde sein (dazu waren viel zu viel Gebiete afficirt — Extremitäten, Oculomotorius etc.) noch aber die Basis des Gehirns (dazu fehlten mehr Gehirnnervenlähmungen). Also im Mittelhirn. Eine Erkrankung im hinteren Abschnitt der inneren Kapsel links würde die Hemihypästhesie, die Hemiparese und auch die Parese des r. Hypoglossus gut erklären — aber die Oculomotorii? Da die N. N. oculomotorii nicht in toto oder nicht in allen Zweigen gleichmässig (links Ptosis, rechts nicht) paretisch waren, so konnten nicht ihre Stämme, sondern mussten ihre Kerne betroffen sein, die ja räumlich von einander entfernt sehr wohl in verschiedenem Maasse geschädigt sein konnten. Somit wurde der l Hirnschenkel als Sitz des Tumors angenommen; in ihm sind die motorischen Bahnen (Fuss) und die sensiblen (Haube) alle enthalten, und da letztere den Boden des Aquaeductus Sylvii bildet, wo ja die Oculomotoriuskerne liegen, so war auch deren Affection erklärt. Freilich blieb es auffallend, dass auch die rechtsseitigen Oculomotoriuskerne angegriffen waren. Gross konnte der Tumor nicht sein, da die rechte Körperhälfte nicht paralytisch, sondern nur paretisch war und keine Stauungspapillen da waren.

Verlauf. In den nächsten 7 Tagen besserte sich der Zustand allmählich. Pat. sass meist im Bette (das linke Auge immer geschlossen wegen des Doppelsehens), sprach allmählich immer lebhafter und ging auf Aufforderung zwar hinkend,

aber schliesslich doch sehr rasch, ohne auf die Füsse zu sehen, kehrte gewandt um und gebrauchte auch die rechte Hand mehr und geschickter; der Händedruck wurde bedeutend stärker. Die motorischen Bahnen des l. Hirnschenkelfusses konnten also nur mittelbar, durch Fernwirkung, afficirt sein. Die Hemihypästhesie und die Oculomotoriuslähmungen blieben unverändert.

Am 15 Januar ohne äussere Veranlassung Kopfschmerzen sehr stark und Eintritt allgemeiner Convulsionen mit Coma aus dem Pat. nicht mehr erwachte. Tod am 16. Jan. Leider unterblieben nochmalige ophthalmologische und andere genauere Untersuchungen — der Tod trat eben unerwartet plötzlich ein.

Section: Schädel symmetrisch, derb. Dura mater prall gespannt. Die Sinus der Convexität leer. Gyri ganz abgeplattet. Die Venen in den Sulcis leer durch Druck, nur hier und da in den grösseren Venenstämmen blass-rothblaues Blut. Rinde und Markmasse der grossen Hemisphären feucht und blutleer. Hochgradiger Hydrocephalus internus. Beide Seitenventrikel in allen ihren Theilen sehr ausgedehnt, die Wände derselben in beginnender Erweichung. Nach Eröffnung der Seitenventrikel fällt der Grössenunterschied beider Thalami optici ins Auge. Der rechte von normaler Grösse, der linke fast 2 mal so gross und in den III. Ventrikel hineinragend. Die Grenze zwischen Thal. opt. und Corp. striatum nach aussen — oben — und vornhin verdrängt. Der rechte Hirnschenkel von normaler Beschaffenheit, der linke anscheinend leicht abgeplattet. Die linken Corpora quadrigemina etwas nach hinten verdrängt. Auf dem Durchschnitte durch den l. Thalam. opt. und das Corp. striat. erkennt man, dass anscheinend der ganze Thalamus opt. von einem c. kleinapfelgrossen ovalen Tumor eingenommen wird. Gegen die Umgebung grenzt sich der Tumor durch eine Art zarter membranöser Kapselbildung aus; auf dem Durchschnitte quillt das Gewebe vor, erscheint von grau brauner Farbe, hirnmarkähnlicher Consistenz, ist von mehrfachen Gefässen durchzogen auch hie und da von grösseren und kleineren Hämorrhagien durchsetzt. Nach Erhärtung in Alkohol gelingt es, den Tumor aus seiner kapselartigen Umhüllung herauszuschälen, wobei es sich erweist, dass derselbe nach vorn oben und aussen direct durch das Corpus striat. begrenzt wird, nach hinten an den vorderen Theil der Corpora quadrigem. reicht, mit seiner unteren Fläche dem linken Hirnschenkel aufliegt und von dem III Ventrikel durch eine einen Millimeter breite Zone von Hirnsubstanz getrennt ist. Die Oberfläche des Tumors zeigt eine leicht flach-höckerige Beschaffenheit und lässt vielfach den Uebertritt von zarten Gefässen aus der umgebenden Hirnmasse in den Tumor erkennen. Im Allgemeinen stellt der Tumor ein ovoides Gebilde dar, dessen Längsdurchmesser 4 Cm., dessen Breiten- und Tiefendurchmesser 3 Centimet. beträgt.

Bei vorsichtiger Eröffnung des Aquaeduct. Sylvii vom 4. Ventrikel aus zeigt es sich, dass ungefähr an der Grenze des 3. und 4. Viertels (von hinten nach vorn gezählt) des Aquaeductus 2 je stecknadelkopfgrosse Blutaustritte sich finden; dieselben sind anscheinend symmetrisch in der lateralen Wand desselben belegen und befinden sich im Verticaldurchschnitte des vorderen Vierhügelpaares.

Die übrigen Theile des Gehirns ohne auffällige Veränderung. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab: Sarcom. Alle hier mitgetheilten Detailuntersuchungen bei der Section stammen von Herrn Prosector Dr. Westphalen, dem ich die betreffenden Hirntheile überbrachte. Ich sage ihm meinen besten Dank dafür.

Epikrise. Die unmittelbare Todesursache ist hier wahrscheinlich der hochgradige Hydrocephalus internus. Die während des Lebens beobachteten Symptome sind dagegen wohl gewiss in Abhängigkeit vom Tumor zu bringen mit Ausnahme der Oculomotoriuslähmung. Diese scheint durch die kleinen Hämorrhagien am Boden des Aquaeductus Sylvii begründet. Die auf der rechten Körperhälfte mit Einschluss von Gesicht und Extremitäten deutlich nachweisbare Herabsetzung des Gefühls und der Motilität hängen also vom Tumor ab, aber sicher nur in Folge des Druckes, den der Tumor auf die innere Kapsel und den linken Hirnschenkel, der bei der Section leicht abgeplattet erschien ausübte. Die Sensibilität war verhältnissmässig constanter und stärker geschädigt als die Motilität, weil die sensiblen Bahnen in der Schenkelhaube unmittelbarer gedrückt wurden als die tiefer liegenden motorischen Bahnen im Schenkelfusse. Es ist unzweifelhaft, dass dieser Fall als beweisend angesehen werden kann, dass der Thalamus optic. mit der sensiblen und motorischen Innervation der gegenüberliegenden Körperhälfte nichts zu thun hat, denn er war in diesem Falle bis auf ganz geringe Reste in toto durch eine Neubildung zerstört und doch ging Pat. bis 24 Stunden vor seinem Tode rasch und gewandt umher und gebrauchte den Arm besser als einige Wochen vorher. Ebenso war die Sensibilität nur herabgesetzt, nicht aufgehoben. Es ist ja das nichts Neues, nur eine Bestätigung aller neuerer Erfahrungen bei Sehhügelerkrankungen (Nothnagel). Der Tumor war hier so gross und musste daher die Nachbarschaft beeinflussen, so dass er nicht in irgend einem positiven Sinne für die physiologischen Functionen des Sehhügels verwerthet werden kann. Bechterew (Virchows Archiv Bd. 110) glaubt es bewiesen zu haben, dass die Sehhügel das Centrum für die psychischen Ausdrucksbewegungen sind, und Nothnagel scheint geneigt, das anzuerkennen. Der vorliegende Fall trägt nichts zur Entscheidung darin bei, da ja auch die willkürlichen Bewegungen der rechten Gesichtshälfte in Folge des Druckes auf die motorischen Bahnen herabgesetzt sein mussten. Uebrigens scheint der neuerdings von Edinger (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd. 1) beobachtete Fall die Ansichten Bechterew's nicht zu unterstützen. Dagegen sind alle drei letztgenannten Autoren (Bechterew. Nothnagel, Edinger) einig, dass bei Sehhügelerkrankungen eigenartige motorische Reizungserscheinungen: Hemichorea, Hemiathetosis und einseitiges Zittern vorkommen. Auch im vorliegenden Falle ist sicher constatirt, dass ab und zu Zittern in den rechten Extremitäten als allererstes Krankheitssymptom 2 Monate vor der Aufnahme ins Hospital beobachtet wurde. Hier könnte das so gedeutet werden, dass der latent im Thal. opt. wachsende Tumor, als er sich den motorischen Leitungsbahnen näherte, erst in diesen Reizerscheinungen hervorrief, ehe er durch Druck Lähmungen veranlasste.

Das Muskelgefühl ist in der Krankheitsgeschichte ausdrücklich als normal bezeichnet worden. Ich kann mich nicht erinnern, wie genau ich das geprüft habe. Gröbere Störungen sind jedenfalls nicht vorhanden gewesen. Das Pulvinar war auch in die Neubildung aufgegangen und doch keine Hemianopsie. Das muss nach den bisherigen Erfahrungen sehr auffallen und daher ist es doppelt zu bedauern, dass die beabsichtigte zweite genauere ophthalmologische Untersuchung nicht mehr zu Stande kam. Aber Edinger sagt bei Analyse seines Falles: Interessant ist, dass noch 9 Monate nach dem Insulte ein erfahrener Augenarzt keinen Gesichtsfelddefect gefunden hat, dass aber 2 Jahre darnach ein solcher sich nachweisen liess . . . . wir sind berechtigt anzunehmen, dass Ausfall des Nucleus externus Thalami opt. und eines grossen Theiles des Pulvinar nicht Sehstörung erzeugt».

Der Tumor war im vorliegenden Falle zu gross, als dass irgend eine der gefundenen Krankheitserscheinungen als speciell von Sehhügelerkrankung abhängig gedeutet werden durfte. Andererseits machte grade der Umstand, dass der Tumor den ganzen linken Sehhügel eingenommen hatte, die Beobachtung an diesem Patienten im Hinblick darauf werthvoll, was bei ihm Alles an Gehirnfunctionen erhalten geblieben war. Das Alles war dann sicher vom Sehhügel unabhängig.

Ein Fall von partieller Lungennekrose traumatischen Ursprungs.

Von

Priv.-Doc. W. N. Nikitin.

(Petersburg).

Zu den Ursachen der Lungennekrose werden auch traumatische Einflüsse gezählt. Allerdings ist ein derartiges aetiologisches Moment eine Seltenheit, indessen alle Au-

toren, die über diese Krankheit geschrieben, geben die Möglichkeit desselben zu und Leyden, der sich mit dieser Frage speciell beschäftigt hat, citirt mehrere dergleichen Fälle.

Bekanntlich wird die Diagnose einer Lungengangrän hauptsächlich auf Grundlage der Eigenschaften des Auswurfs gestellt. Beim Fehlen des Auswurfs muss auch die Diagnose unentschieden bleiben.

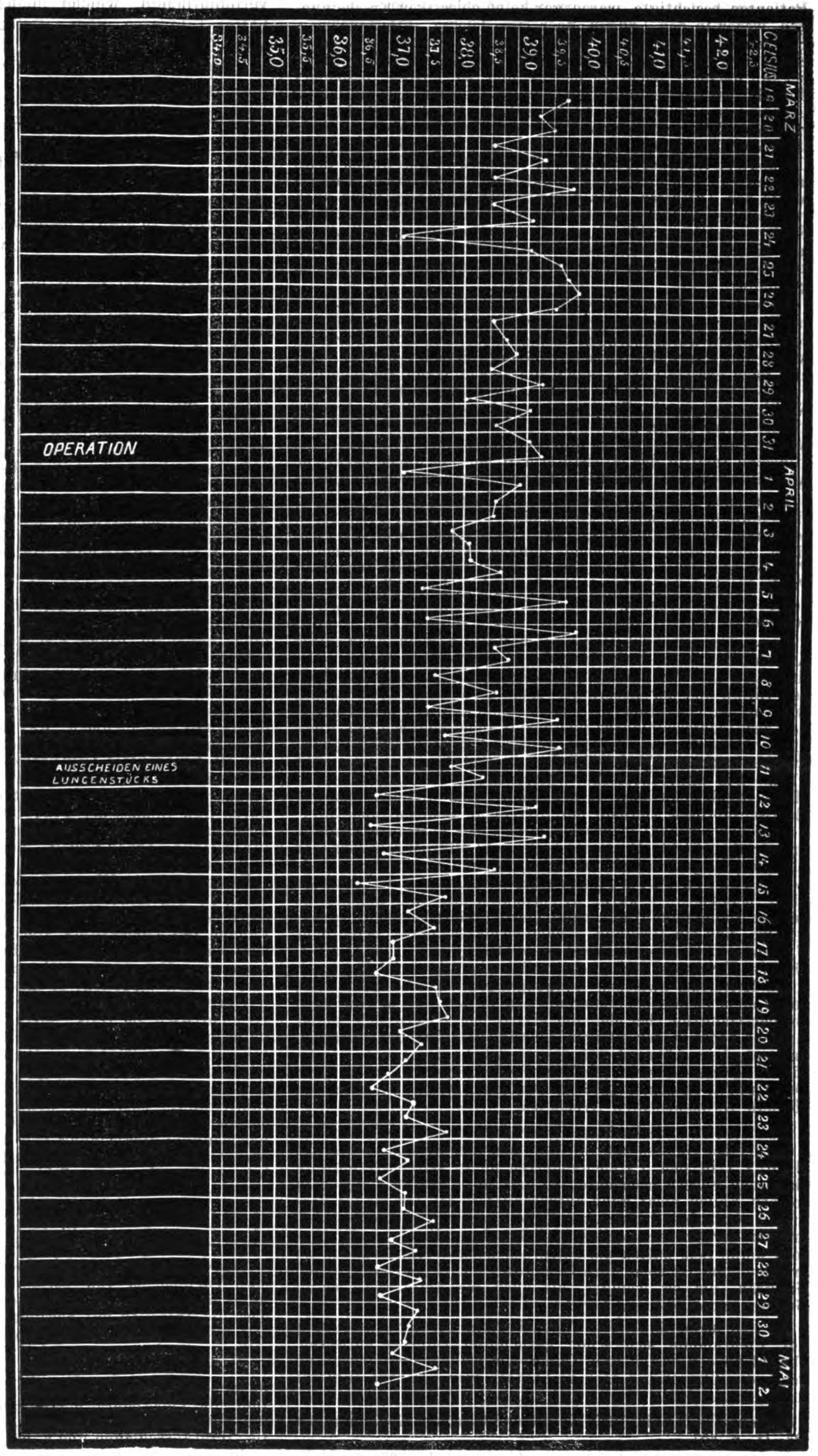
Manche Autoren halten die Diagnose für wahrscheinlich, wenn selbst beim Fehlen des Auswurfs, die vom Patienten exspirirte Luft faulig riecht. Letzterer Umstand ist indessen ohne Communication des nekrotischen Heerdes mit den Bronchien wohl kaum möglich, wobei denn auch Sputa entleert werden müssen.

Anders liegt die Sache, wenn der nekrotische Heerd (wie es, z. B., bei der metastatischen Gangrän oder bisweilen in Folge einer Contusion des Thorax vorkommt) an der Peripherie der Lunge, in der Nähe der Pleura liegt. Hierbei rufen die gangränösen Producte, welche auf dem Wege der Resorption oder Diffusion bis zur Pleura selbst dringen, eine eitrige Entzündung der letzteren hervor. In solchen Fällen werden, wenn nur der Heerd mit keinem Bronchus communicirt, die Symptome der Gangrän verdeckt, wogegen die Symptome einer purulenten Pleuritis allein in die Erscheinung treten.

Erst bei der operativen Entleerung des Eiters, der in derartigen Fällen einen penetranten Gestank zu verbreiten pflegt, giebt nur die Entfernung eines Stückes nekrotischen Lungengewebes über die wahre Krankheitsursache Aufklärung.

Einen einschlägigen Fall, den ich im vorigen Jahre zu beobachten Gelegenheit hatte, will ich im Folgenden mittheilen.

Gymnasiast K. L., 13 Jahre alt, begann am 15. März 1892, nach der Rückkehr aus dem Gymnasium, über Schmerzen in der linken Seite in der Axillarlinie zu klagen. Der Schmerz wurde beständig empfunden und exacerbirte beim Druck von aussen auf den Brustkasten und beim tiefen Athmen. Fieber und Husten fehlten. Patient gab auf Befragen an, dass er Tags vorher, beim Ringen mit Commilitonen gefallen sei und dabei sich mit der linken Seite gegen die Kante der Schulbank ziemlich heftig gestossen habe. Der Stoss habe ihn aber nur wenig beslätigt, so dass er bis zum Ende der Stunden im



Gymnasium geblieben war und nach Hause zurückgekehrt scheinbar seinen Fall sogar vergessen hatte; wenigstens klagte er an jenem Abend gar nicht, ging Tags darauf wieder ins Gymnasium und erst, als er heimgekehrt war, begann er einen ziemlich heftigen Schmerz in der Seite zu spüren. Als ich den Patienten besichtigte, waren gar keine objectiven Erscheinungen, weder in den Lungen, noch am Thorax wahrzunehmen. Die von mir angeordnete Therapie brachte zwar dem Patienten einige Erleichterung; indessen schon an den folgenden Tagen begann derselbe leicht zu fiebern und zu husten, besonders Abends; bei der Auscultation konnte man am 3. Krankheitstage an einer begrenzten Stelle in der linken Axillarlinie pleuritisches Reibegeräusch wahrnehmen; am 19. März Abends stieg die Temperatur bis auf 39,6° und wurde die Athmung frequenter; trockner Husten und Schmerz in der linken Seite nahmen zu. Um diese Zeit konnte ich in der linken Thoraxhälfte das Auftreten eines pleuritischen Ergusses, wenn auch von geringer Ausdehnung, constatiren (leerer Percussionsschall, Fehlen von Pectoralfremitus und Respirationsgeräusch waren nur hinten bis 2 Fingerbreit unterhalb des Schulterblattwinkels bemerkbar). Kein Auswurf; Exspirationsluft vollkommen geruchlos.

Im weiteren Krankheitsverlauf hielt sich die Fiebertemperatur die ganze Zeit über auf der Höhe von etwa 39° mit nur zeitweiligen, kurzdauernden Remissionen. Der Puls war voll, weich und schwankte zwischen 96 und 108 in der Minute. Nach und nach erreichte das Exsudat hinten den Scapularwinkel und vorne — die 4. Rippe. Dabei stellte sich eine Verdrängung an den Nachbarorganen ein. Da durch Probepunction übelriechender, dünner Eiter in der Pleurahöhle constatirt wurde, entschlossen wir uns zur Operation, zu welchem Zweck der Patient in das klinische Institut der Grossfürstin Helene, in die chirurgische Abtheilung des Herrn Prof. Tiling, aufgenommen wurde.

Tags nach der Aufnahme (31. März), wurde von Prof. Tiling die Thorakotomie, mit Resection eines Stückes der 6. Rippe, in der linken Axillarlinie, ausgeführt. Es wurden dabei c. 500 Ccm. eines abscheulich riechenden, dünnen Eiters, mit fibrinösen Flocken gemischt, entleert. Dieser Umstand erregte schon den Verdacht einer begrenzten oberflächlichen Lungennekrose, da keine andere Ursache einer derartigen Zersetzung aufzufinden war.

Der weitere Krankheitsverlauf bestätigte denn auch diese Ansicht, da, trotz Entleerung des Eiters und sorgfältiger Desinfection der Pleurahöhle, die Absonderung eines übelriechenden Eiters und der fieberhafte Zustand ebenso fortdauerten, wie vor der Operation, bis endlich am 11. April, beim Entfernen des Jodoformtampons aus der Wunde, zugleich ein Stück pigmentirten (gesprenkelten) Gewebes zum Vorschein kam, welches äusserst übelriechend war und dem Lungengewebe glich. Die mikroskopische Untersuchung der ausgestossenen Masse ergab denn auch, in der That, dass dieselbe aus dem elastisch-fibrösen Gerüste der Alveolen, Schleim- und Eiterkörperchen bestand; dazwischen fanden sich Fettsäurekrystalle, braunroth gefärbte Pigmentschollen und Mikroorganismen (der für die Gangrän so charakteristische und von Leyden als Leptothrix pulmonalis beschriebene Pilz ist uns aber nicht begegnet), — kurz, wir erhielten das Bild, welches die bei der Lungengangrän abgesonderten Gewebsfetzen charakterisirt. Nur ein Umstand, — nämlich die Gegenwart elastischer Fasern sprach einigermaassen gegen Gangrän und für Lungenabscess. Traube[1]) hat bekanntlich als differential-diagnostisches Kriterium zwischen Lungengangrän und Lungenabscess das Fehlen elastischer Lungenfasern in den Parenchymfetzen bei der Gangrän, bei der die elastischen Fasern sich, seiner Ansicht nach, in der eitrigen Flüssigkeit allmählich auflösen, angesprochen, während sich dieselben beim Lungenabscess erhielten. Dieser Ansicht pflichten Prof. Leyden, sowie auch Dr. Jaffa, in seiner 1866 im Deutschen Archiv für klinische Medicin veröffentlichten Arbeit bei.

Eichhorst beobachtete gleichfalls elastische Fasern im Auswurf bei Lungengangrän nur ausnahmsweise, dagegen hat Hertz[2]) in den Parenchymfetzen nicht selten vereinzelte elastische Fasern beobachtet, so dass also ihr Vorkommen in solchen Fällen nicht ganz auszuschliessen ist. Ich glaube, dass ihre Anwesenheit in unserem Falle nur die Rapidität beweist, mit der der Process verlief, in Folge derer die elastischen Fasern keine Zeit hatten die entsprechenden Veränderungen zu erleiden, und ist somit ihre Gegenwart noch kein Beweis gegen Gangrän, um so weniger, als auch die Aetiologie eher zu Gunsten einer Nekrose spricht.

An den nächstfolgenden Tagen begann bei der Ausspülung der Pleurahöhle sich schon geruchloser Eiter zu entleeren, obwohl an den ersten drei Tagen, wie beiliegende Curventafel zeigt, die Temperatur noch recht hoch war. Darauf aber fiel dieselbe ganz allmählich und der Kranke trat in das Stadium einer langsamen Reconvalescenz, nach welchem er, 3 Monate später, vollkommen genas.

Ich hielt es der Mühe werth diese Beobachtung zu veröffentlichen, welche meiner Ansicht nach unzweifelhaftes Interesse, vom aetiologischen sowohl, als auch vom klinischen Standpunkte aus, darbietet, um so mehr, als bei Durchsicht der Literatur mir kein ähnlicher Fall begegnet ist.

[1]) Deutsche Klinik 1859. Nr. 46, und Gesamm. Abhandlungen Bd. II, p. 451.

[2]) Ziemssen's Handbuch der spec. Pathol. u. Therapie Bd. V.

Referate.

Volland in Davos-Dörfli: Ueber den Weg der Tuberculose zu den Lungenspitzen und über die Nothwendigkeit der Errichtung von Kinder-Pflegerinnenschulen zur Verhütung der Ansteckung. (Wiener medic. Blätter 1893 Nr. 34—36.)

Bevor Verfasser auf den Kernpunkt seiner Abhandlung, den Weg der Tuberculose zu den Lungenspitzen eingeht, discutirt er die Vorfrage, auf welche Weise der Tuberkelbacillus in den menschlichen Körper eindringt. Zunächst tritt er da der weitverbreiteten Ansicht entgegen, dass die Krankheitserreger mit der Respirationsluft in die Lungen der Phthisiker gerathen sind, deren Begründung in den Cornet'schen Untersuchungen gesehen wird. Diese Untersuchungen haben jedoch in keiner Weise bewiesen, dass der in der Respirationsluft suspendirte Staub Tuberkelbacillen enthält; es geht im Gegentheil aus denselben hervor, dass die Bacillen meist mit dem Sputum auf den Boden abgesetzt werden und aus physikalischen Gründen wenig dazu befähigt sind, sich mit dem aufgewirbelten Staube in die Höhe zu erheben. Zudem widerspricht der Auffassung von der Inhalationstuberculose die Thatsache, dass beim Menschen die Lungentuberculose in der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle gerade in den Lungenspitzen beginnt und weder lobulär noch in der Nähe der Bifurcation der Trachea, wie bei den Quadrupeden, welche allerdings meist in Folge von Inhalation der Krankheitserreger erkranken. Für die auffallende Erscheinung, dass die Thiere an Inhalationstuberculose erkranken, der Mensch aber nicht, sieht Verf. die Erklärung in dem Umstande, dass die Thiere genöthigt sind, ihre Nahrung am Boden zu suchen und von demselben aufzunehmen, was unter kräftigen inspiratorischen Bewegungen zu geschehen pflegt. Demgemäss fasst er auch die oft beobachtete Coincidenz von verbreiteter Lungentuberculose in der Bevölkerung und häufiger Perlsucht im Viehbestande derselben Gegend nicht etwa so auf, dass die Menschen durch den Genuss der Producte des perlsüchtigen Viehes erkranken, vielmehr stellt er die Verbreitung der Epizootie in ursächliche Abhängigkeit vom Gesundheitszustande der Bevölkerung.

Einem anderen Wege für das Eindringen der Tuberkelbacillen in den menschlichen Körper nachforschend, wendet sich Verf. zu eingehender Beleuchtung der scrophulösen Erkrankungen des Kindesalters. Um es nun wahrscheinlich zu machen, dass wirklich die tuberculöse Infection des Menschengeschlechtes in der Hauptsache während der Kindheit mit der Scrophulose erfolgt, vergleicht er die Häufigkeit des Vorkommens der letzteren und deren Residuen, der fühlbar geschwollenen Lymphdrüsen am Hals, mit dem Vorkommen der Tuberculose im späteren Alter. Von 108 Phthisikern fand er bei 101, also bei mehr denn 92 pCt., in den Gegenden von den Unterkieferwinkeln nach abwärts gegen die oberen Schlüsselbeingruben hin, theils kleinere, theils grössere, theils spärlichere, theils zahlreichere, mehr oder weniger harte Lymphdrüsen, welche deutlich gefühlt werden konnten. Bei einer ausserdem vorgenommenen Untersuchung von 2506 Kindern und Schülern erwiesen sich geschwollene Halsdrüsen:

bei	einem	Alter	von	7	bis	9	Jahren	in	96,6	pCt.	der Fälle.
»	»	»	»	10	»	12	»	»	91,6	»	» »
»	»	»	»	13	»	15	»	»	84,0	»	» »
»	»	»	»	16	»	18	»	»	69,7	»	» »
»	»	»	»	19	»	24	»	»	68,3	»	» »

Aus diesen Zahlen zieht Verf. folgende Schlüsse: Erstens dass Vorkommen von scrophulös geschwollenen Halsdrüsen unter der Kinderwelt ein ungeheuer verbreitetes ist; zweitens dass die Infection mit Scrophulose vor den Beginn der Schulzeit fällt, dass die Schule also nicht für die Verbreitung derselben und also ebensowenig für die Verbreitung der Tuberculose verantwortlich gemacht werden kann; drittens dass nicht alle scrophulös geschwollenen Halsdrüsen von der Infection mit Tuberculose herrühren. Eine grosse Anzahl verdanke ihr Entstehen überstandenen Anginen, Katarrhen, Diphtheritis, Hautausschlägen und s. w. und schwinde im Lauf der Zeit wahrscheinlich wieder vollständig, aber die bestehen bleiben-

den müsse er doch der Tuberculose für dringend verdächtig halten, weil er sie bei fast 93 pCt. der Phthisiker wiedergefunden habe.

Für den Modus des Transportes der in den geschwollenen Drüsen latent ruhenden Tuberculosebacillen zu den Lungenspitzen hin, fasst Verf. zwei Möglichkeiten in's Auge. Mit Fortlassung des histologischen und biologischen Beweismaterials lassen sich die beiden Wege kurz folgender Maassen skizziren. In beiden Fällen sind die Leucocyten die Träger, oder besser gesagt die Verschlepper der Tuberkelbacillen, welche sie entweder in den Hauptlymphstamm und dann in den kleinen Kreislauf bringen, wo die Leucocyten unter Einwirkung des Sauerstoffes der Athmungsluft sich an den Gefässwänden festsetzen. Bei allgemeiner Anämie findet nun gerade in den Lungenspitzen wenigstens bei aufrechter Haltung eine Verlangsamung des Blutstromes statt, wodurch ein beständiges Deponiren von Tuberkelbacillen in dieser Region begünstigt wird. In dem anderen Falle soll der beladene Leucocyt in die freien Lymphräume gerathen und hier entweder selbst zur Wanderzelle werden oder untergehen und seine Last einer anderen Wanderzelle überlassen, welche ihrerseits mit dem Lymphstrom weiter hinabsteigt, bis sie in das reich entwickelte Capillarnetz unter der Pleura costalis gelangt. Darauf soll eine Durchwanderung beider Pleurablätter stattfinden. Findet nun die Wanderzelle in den unter der Pleura pulmonalis befindlichen Lymphcapillaren einen starken Strom, wie dies bei guter Blutversorgung der Lungen der Fall ist, so wird sie bis zu den bronchialen Lymphdrüsen mit fortgerissen und erst dort deponirt; ist dagegen der Lymphstrom schwach wegen Anämie der Lungenspitzen, so kann sie hier liegen bleiben und unter günstigen Bedingungen (besonders bei Anhäufung solcher Deposita) zur Spitzentuberculose führen.

Zu diesen beiden Erklärungsversuchen für die Thatsache, dass die Lungentuberculose meist ihren Anfang in den Lungenspitzen nimmt, fügt Verf. noch Folgendes hinzu. «Das einfache Vorhandensein spärlicher Tuberkelbacillen in den Halslymphdrüsen genügt nicht zum Ausbruch der Tuberculose. Es müssen noch zweierlei Umstände hinzukommen, die die Disposition bedingen. Einmal eine qualitative Verschlechterung des Blutes, die die Veranlassung sein kann, dass sich die Bacillen in den Lymphdrüsen stärker vermehren und reichlicher aus denselben auswandern können, sodass Lymphstrom und Blut mehr von denselben mitgetheilt erhalten. Dann ist aber speciell zum Ausbruch der Lungentuberculose noch eine quantitative Verminderung der Blut- und Säftemasse erforderlich. Erst dann kann sich die Tuberculose in den Lungenspitzen localisiren».

Aus alle dem Gesagten leitet nun Verf. seine prophylactischen Vorschläge ab. Die Scrophulose wird meist im zartesten Kindesalter erworben und zwar in Folge davon, dass die Kinder sich beim Spielen am Boden inficiren. Der einmal deponirte Keim zur Tuberculose kann dann späterhin bei günstiger Gelegenheit sich weiter entwickeln. Hieraus ergiebt sich die Nothwendigkeit, dass diejenigen Personen, welchen die Wartung der Kinder obliegt, genau vertraut sein müssen mit den Gefahren, welche ihrem Schutzbefohlenen drohen und mit den Mitteln zu deren Verhütung. Aus diesem Grunde postulirt Verfasser nicht nur die Gründung von speciellen Ausbildungsanstalten für Kinderpflegerinnen, sondern will die Kinderpflege in das Programm aller weiblichen Lehranstalten als praktisch zu betreibendes Fach aufgenommen wissen.

Wladimiroff.

Verhandlungen der British Medical Association in Newcastle 1.—4. August 1893. (British medical Journal.)

Section für Pathologie.

T. Bokenham und W. Soltau Fenwick berichteten über Versuche, die sie mit Stoffen, welche sie aus Milzen Scarlatinakranker gewonnen, angestellt hatten. Die Milzen wurden so bald als möglich nach dem Tode den Leichen entnommen und mit Alkohol und Wasser extrahirt. Durch mehrfaches Concentriren im Vacuum und Verdunstenlassen erhielten die Experimentatoren eine gelbliche Substanz aus der alkoholischen Lösung, die sich als physiologisch unwirksam erwies und deren chemische Natur nicht bestimmt wurde. Das wässerige Extract wurde eingeengt und mit Alkohol versetzt, wobei man einen gelblichen Niederschlag erhielt der durch mehrfaches Lösen in Wasser und Wiederausfällen mit Alkohol rein dargestellt wurde. Die gewonnene Substanz erwies sich als Proteinsubstanz und ist chemisch von den beim Verdauungsprocess entstehenden Proteinen nicht zu unterscheiden. Versuche an Kaninchen, Ratten und Meerschweinchen ergaben in Bezug auf die Wirkung dreierlei Abstufungen: Aus Milzen sehr schnell innerhalb der 3 ersten Tage Verstorbener erhielt man eine höchst giftige Substanz; weniger giftig war dieselbe, wenn sie von septischen Fällen, die in ca. 14 Tagen zum Exitus geführt hatten, stammten. Kaum giftig war die aus noch später an intercurrenten Krankheiten verstorbenen Fällen. Die erste Kategorie rief bei subcutaner Injection von 0,1 pro Kilo Thier zuerst Benommenheit, dann Unruhe mit nachfolgender Lähmung der Glieder hervor. Die Respiration wurde darauf langsam und angestrengt, es kam zu einem ausgesprochenen Collaps. Trotz dieser schweren Erscheinungen erholten sich die Thiere allmählich wieder. Gleichzeitig sank die Temperatur bei subcutaner Injection um einige Grade um sich nach einigen Stunden bis zur Norm oder über dieselbe zu erheben. Bei intravenöser Injection stieg die Temperatur allmählich an, um nach c. 8 Stunden langsam zur Norm zurückzukehren. Bei Wiederholung der Injectionen wurden die Reactionserscheinungen immer geringer, um zuletzt ganz aus zubleiben. Einige Tage nach einer solchen Injection war nichts Besonderes am Thier zu bemerken Am 7—8 Tage trat Appetitlosigkeit und Fieber ein, am 10—14 Tage Exitus. Bei zweimaliger Injection starben die Thiere am 5—6 Tage, bei dreimaliger am 3—4. Albuminurie und Cylinder waren stets zu constatiren. Bei Versuchen mit aus septischen Fällen gewonnenem Extract waren alle Erscheinungen viel geringer. Es waren oft 3 Mal so grosse Dosen erforderlich, um dieselben Erscheinungen hervorzurufen, wie bei den Versuchen der I. Kategorie. Tod trat selten ein. In einigen Fällen wurde Albuminurie beobachtet. In der III. Kategorie von Fällen waren die Folgeerscheinungen der Injectionen ganz gering. Bei der Section wurden nur Veränderungen an der Niere nachgewiesen, dieselben waren besonders bei den sehr giftigen Stoffen stark entzündet. Verf. kommen zum Schluss, dass bei rapid tötlich verlaufenden Scarlatinafällen ein toxisches Krankheitsproduct (Proteid) gebildet wird, das aus der Circulation durch die Nieren ausgeschieden wird, wobei es zu einer acuten parenchymatösen Nephritis kommt. Die toxische Substanz kann aus der Milz gewonnen werden, sie ist auch giftig trotz vorausgeschickten Kochens der Lösung.

Sheridan Delépine berichtet über Inoculationsversuche mit tuberculösen Sputis und Reinculturen von Tuberkelbacillen. Als geeignetestes Versuchsobject erwies sich das Meerschweinchen. Er kommt zum Schluss, dass schon innerhalb 2—3 Wochen deutliche Erscheinungen von Tuberculose auftreten, und dass die Inoculationsmethode für die Diagnose manchmal von grösserer Bedeutung ist als das Aufsuchen von Bacillen, was bekanntlich nicht immer gelingt. Negative Resultate der Inoculation haben dieselbe Bedeutung für die Diagnose wie positive.

Vaughan Harley rief bei Hunden durch intravenöse Injection von 8—12 Gramm Traubenzucker pro Kilo Thier einen dem Coma diabeticum analogen Symptomencomplex hervor. Vorher waren die Ureteren ligirt. In den ersten 12 Minuten nach der Injection traten ausser leichtem Erbrechen keinerlei pathologische Erscheinungen auf. Nun stellte sich Hautzittern ein (Contractionen der Hautmuskulatur) mit nachfolgender Schläfrigkeit die nach 5—6 Stunden schwand. In schweren Fällen aber ging das Hautzittern in allgemeine klonische und tonische Krampfanfälle mit dazwischenliegenden Pausen über bei colossal frequenter Respiration. Kleinere Hunde erlagen dem Anfall durch plötzlichen Respirationsstillstand, kräftigere Thiere wurden dagegen comatös. Das Coma trat 3 bis 4 Stunden nach der Injection auf und dauerte 3—4 Stunden. Der Tod erfolgte im Coma, und in den Fällen, wo die Ureteren geöffnet wurden, erholten sich die Thiere. Controllversuche mit Ureterenunterbindung ohne Zuckerinjection bewiesen, dass wenigstens 15 Stunden nach dem Unterbinden keinerlei pathologische Erscheinungen zu beobachten waren. Analysen des Blutes der Versuchsthiere ergaben, dass die Zuckermenge bald nach der Injection am grössten ist um gradatim zu fallen. Dagegen fand sich die Menge der Milchsäure vermehrt, ohne dass sie Tendenz abzunehmen aufgewiesen hätte. Ferner fanden sich im Blut Aceton, Diacetsäure und Alkohol. Im Beginn des Anfalls war die durch die Respiration aufgenommene Sauerstoffmenge vermehrt, ebenso die ausgeschiedene Kohlensäure, während des Comas dagegen beide vermindert. Die Temperatur steigt im Exitationsstadium, um während des Comas subnormal zu werden. Nach den Untersuchungen von Walter können durch Salzsäurezufuhr bei Kaninchen ähnliche Symptome hervorgerufen werden. Die Kohlensäure des Blutes sinkt auf ein Minimum: von 25 auf 2,5 Volumprocent. Da nach der gangbaren Anschauung die Kohlensäure des Blutes mit dem Natr. carbon. und bicarb. des Blutes locker verbunden ist, ist es begreiflich, dass, nachdem die Salzsäure mit den Natronsalzen sich verbunden hat, die normalen Träger der Kohlensäure nicht mehr functioniren und letztere in den Geweben stagnirt, wobei sie eine narkotische Wirkung entfaltet. Subcutane Injectionen von Natroncarbonat heben die Krampfanfälle bei Kaninchen auf. Für die Theorie der Säurevergiftung beim Coma sprechen sowohl die nachweislich vermehrte Milchsäure im Blut als auch die Herabsetzung der CO_2ausscheidung durch die Exspirationsluft. Die von anderen Forschern (Stadelmann, Minkowsky) gefundene Vermehrung des Ammoniaks im Blut und Urin hat Verf. nicht beobachtet. Sowohl das erste Stadium der Excitation und Krämpfe wie auch das nachfolgende comatöse Stadium sind so-

mit Erscheinungen einer Säurevergiftung. Die offenbar aus dem Zucker entstandenen Säuremoleküle setzen die Alkalescenz des Blutes herab, wesswegen dasselbe nicht im Stande ist die CO_2 aus den Geweben zu eliminiren. Gleichzeitig wird weniger Sauerstoff resorbirt, wodurch die Oxydationsprocesse leiden. (Gewebsasphyxie). Die Erscheinungen des experimentell hervorgerufenen Comas gleichen dem beim Menschen. Der Eintritt des Comas hängt somit nicht von der Zuckermenge im Blut ab, sondern von der Quantität der Zuckerderivate. Gewöhnlich werden dieselben durch den Stoffwechsel in unschädliche Substanzen verwandelt, auch werden dieselben nur in geringer Menge producirt, da die Hauptmenge des Zuckers unverändert ausgeschieden wird. Beim Coma kommt es aus unbekannten Ursachen zur reichlichen Bildung von Zuckerderivaten durch den Stoffwechsel, wobei die Ausscheidung des Zuckers im Urin sistirt. Hört die Zuckersecretion im Urin auf und findet man Aceton, Diacetsäure oder Milchsäure, so ist mit Sicherheit der Eintritt des Comas zu erwarten. Oxybuttersäure hat Verf. weder im Urin noch im Blut gefunden. Therapeutisch empfiehlt sich die Application von Alkalien, dieselbe kann nach Stadelmann sogar subcutan erfolgen. Um die Oxydationsprocesse zu steigern, kann man Sauerstoff inhaliren lassen und Massage machen. Um die toxischen Zuckerderivate möglichst schnell zu entfernen, empfiehlt sich die Darreichung von Diureticis und reichliche Flüssigkeitszufuhr.

Lindsay Steven sprach über **fibröse Degeneration des Herzens.**

Er beobachtete 21 Fälle unter 810 Sectionen, d. h. 2,6% od. 7,63% aller Herzaffectionen. Nur 3 Pat. waren unter 50 Jahren. 18 hatten veränderte Arterien, so dass eine Beziehung zwischen fibröser Degeneration des Herzens und Coronarsklerose besteht. Klappenfehler haben keine Beziehung zur fibrösen Degeneration. Die Ursache dieser Affection scheint ungenügende Blutzufuhr zu sein. Die klinischen Symptome werden kurz geschildert.

Auld ist der Meinung, dass die fibröse Degeneration des Herzens häufig mit Obliteration der Capillaren und Verdickung der kleinen Arterien beginnt. Er fragt an, ob es sich nicht ausserdem um entzündliche Neubildung von Bindegewebe handeln könne.

Lindsay Steven ist der Meinung, dass es sich bei den in Frage kommenden Fällen um Atrophie der Muskulatur in Folge von Obstruction der Coronararterien handele. Bei entzündlicher Neubildung von Bindegewebe in der Herzwand fand sich stets Endocarditis und Pericarditis, die offenbar den Ausgangspunkt des Processes bildeten. Solche Fälle gehören in eine andere Kategorie.

Lloyd Jones. **Ueber Chlorose.** Zur Zeit der Pubertät sinkt das specifische Gewicht des Blutes der Mädchen, das der Knaben steigt; gleichzeitig steigt aber das specifische Gewicht des Blutserums der Mädchen. Bei chlorotischen Mädchen findet man dieselben Veränderungen und in viel stärkerem Maasse. Verf. kommt auf Grund zahlreicher Beobachtungen zum Schluss, dass die Chlorose durch Störungen im sympathischen Geflecht speciell des N. splanchnicus hervorgerufen werde. Es handelt sich dabei vorwiegend um eine Erweiterung des Gefässsystems des Verdauungscanals. Solche Störungen treten häufig ein infolge eines Shockes besonders während der Menstruation, während welcher ja bekanntlich die Beckengefässe dilatirt sind. Diese Theorie erklärt gleichzeitig die mannigfachen Störungen des Gastrointestinaltractus bei Chlorotischen (Hämatemesis ohne Ulceration, Magenschmerzen, Erbrechen, Melaena). Therapeutisch wirkt das Eisen durch Constriction der Gefässe des Gastrointestinaltractus. Dasselbe kann auch durch andere Metalle: Cobalt, Kupfer, Platin, Nickel erzielt werden. Die Wirkung derselben kann durch Digitalis oder andere Gefässtonica verstärkt werden.

A. Haig. **Die Ursache der Anaemie und die Veränderung des Blutes durch Harnsäure.**

Verf. machte die Beobachtung, dass bei der Anaemie vermehrte Ausscheidung von Harnsäure statt findet. In einem Fall von Leukocytaemia splenica, wo Eisen und Arsenik erfolglos gegeben waren, erzielte er wesentliche Besserung durch Natr. salicyl., das die Harnsäureausscheidung befördert. Bei den Chlorotischen spielen dyspeptische Erscheinungen, zuweilen complicirt mit Icterus, die besonders zur Zeit der Menstruation auftreten, eine grosse Rolle. Während der Dyspepsien vermindert sich die Harnstoffproduction und Ausscheidung, die Acidität des Urins sinkt, während gleichzeitig die Alkalescenz des Blutes steigt. Infolge dessen ist letzteres ein besseres Lösungsmittel für die Harnsäure, die aus allen Depot's des Körpers — Leber, Milz, Bindegewebe, Gelenken — ausgeschwemmt wird. Es kommt zu einer «Uricacidämie», die ihrerseits die Veränderung des Blutes und Anämie hervorruft. Experimente an sich selbst mit Einnahme von täglich 3 mal 1—2 gran Harnsäure ergaben, dass je mehr Harnsäure den Kreislauf passirt, desto geringer der Blutcoefficient (Hämoglobinprocent dividirt durch die Procentzahl der rothen Blutkörperchen) ist. Nach der Einnahme von Natr. salicyl., das eine vermehrte Ausscheidung der Harnsäure aus den Geweben veranlasst, steigt die Güte des Blutes, da nach der vermehrten Ausscheidung das Harnsäurequantum im Blute subnormal ist. Bei anämischen Individuen, deren Blut wahrscheinlich stärker alkalisch ist als bei gesunden Individuen, bleibt die per os eingegebene Harnsäure im Blut gelöst und wird nicht in die Gewebe abgelagert, ruft daher noch eklatantere Blutveränderungen hervor. Dieses ging deutlich aus den Versuchen des Verfassers mit Beeftea, der ja Harnsäure enthält, hervor. Auch Alkalien wirkten in ähnlichem Sinne, weil offenbar das stark alkalische Blut mehr Harnsäure aus den Geweben aufnehmen konnte. Die Beobachtung Murchinson's, der zufolge in einigen Fällen von Anämie die Eisenpräparate nicht früher wirken als bis die Leber durch Calomel in Ordnung gebracht ist, erklärt sich nach Verf. durch den Umstand, dass Calomel das Blut von der Harnsäure befreit. Die dyspeptischen Erscheinungen während der Pubertätszeit, besonders zur Zeit der ersten Menstruationen setzen den Stoffwechsel herab, vermehren die Alkalescenz des Blutes und rufen so eine Uricacidaemie hervor, welche die Ursache der chlorotischen Blutveränderungen ist. Ebenso ist die paroxysmale Hämoglobinurie eine Folge dyspeptischer und gastrischer Erscheinungen. Die postfebrilen Anämien, die ja auch mit vermehrter Ausscheidung von Harnsäure einhergehen, sind ebenfalls Folgen der Uricacidämie. Während des Fiebers ist die Alkalescenz des Blutes herabgesetzt, infolge dessen staut sich die Harnsäure in den Geweben. Nach dem Abfall des Fiebers wird das Blut mit Harnsäure überschwemmt, da infolge grösserer Alkalescenz dieselbe gelöst wird. Die postfebrile Bradycardie, der hochgespannte Puls, die Depression und die subnormale Temperatur sind nichts anderes als Erscheinungen der Uricacidaemie.

Gibson und Muir demonstrirten ein Herz mit hochgradiger **Atrophie des linken Ventrikels.** Der rechte Ventrikel war stark hypertrophisch. Die Ursache der Affection war Atheromatose der Coronararterie, welche zu einer Stenose des Ursprungs der linken Art. coron. geführt hatte. Derselbe war nur für eine feine Borste durchgängig. Die mikroskopische Untersuchung ergab Atrophie und fettige Degeneration der Muskelfibrillen mit interstitieller Bindegewebsentwickelung. Der Puls war zu Lebzeiten regelmässig und verhältnissmässig voll gewesen, keinerlei Symptome von Angina pectoris.

In der Discussion über die **Pathologie der Thyreoidea** sprach sich Horsley dahin aus, dass man stets bevor man Transplantationen der Thyreoidea vornimmt, Fütterungen oder Injectionen von Thyreoideaextract vorausschickt, da infolge letzterer dann die Implantation in weniger pathologisches Bindegewebe geschehen kann. John Thomson berichtete über günstige Erfolge bei der Behandlung 3 Fälle von Cretinismus mit Thyreoideafütterung. Murray's Versuche ergaben, dass das Secret der Thyreoidea ein wichtiger Bestandtheil des normalen Blutplasma's sein müsse. Das Secret regt die Neubildung von rothen Blutkörperchen an.

Horsley glaubt gewisse Alterserscheinungen, die Symptomen der Cachexia strumipriva analog sind, durch die im Alter eintretende Degeneration der Thyreoidea erklären zu können. Andriezen gibt an, dass das Secret der Thyreoidea sich beim Amphioxus, Ascidiern und niederen Vertebraten in den Pharynx ergiesse. Bei höheren Thieren z. B. Fischen besitzt die Drüse einen Ausführungsgang der auch in den Pharynx führt.

W. Beckmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Ascher: Zur staatlichen Beaufsichtigung der Irrenanstalten. Berlin. Karger. 1893. 36 S.

Die staatliche Ordnung des Irrenwesens bildet gegenwärtig in Deutschland den Gegenstand lebhafter Verhandlung in den betheiligten Kreisen. In Preussen ist eine Revision der auf das Irrenwesen bezüglichen Gesetzbestimmungen im Gange und werden einige neue Verordnungen erwartet. A. unternimmt es in der vorliegenden Schrift eine Uebersicht darüber zu geben, wie weit zur Zeit die staatliche Aufsicht über die öffentlichen und privaten Irrenanstalten sich geltend macht. Die derzeitigen Gesetzbestimmungen werden aufgeführt und einer Kritik unterzogen, endlich diejenigen Aenderungen näher ausgeführt, die Verf. wünschenswerth erscheinen. A. erklärt sich hierbei für die Schaffung einer staatlichen Centralbehörde (unter deren Mitgliedern ein erfahrener Irrenanstaltsleiter nicht fehlen darf), welche das gesammte Irrenwesen überwachen und die sämmtlichen Anstalten regelmässig revidiren soll. Demnächst sei das Aufnahmeverfahren möglichst zu vereinfachen. Wir zweifeln nicht daran, dass die kleine Schrift auch in Russland von den betheiligten Aerzten mit Interesse gelesen werden wird.

Mercklin — Lauenburg.

Gugl und Stichl: Neuropathologische Studien. Stuttgart. Enke 1894. 151 pag.

Unter obigem Titel geben die Verfasser, Aerzte des von Prof. v. Krafft-Ebing begründeten Sanatoriums für Nervenkranke «Mariagrün» bei Graz einen wissenschaftlichen Bericht über die Erfahrungen, die nach sechsjähriger Thätigkeit an der Anstalt gewonnen wurden. Die Einleitung, welche zum Anstaltsbericht hinüberführt tritt nochmals warm für die Sonderanstalten für Nervenkranke ein, deren Berechtigung jetzt kaum mehr bestritten werden dürfte. Es folgen: «wissenschaftliche Bemerkungen zum Anstaltsbericht» und therapeutische Bemerkungen von Gugl, ein sehr lesenswerther und interessanter Abschnitt. Stichl reiht hieran einen ziemlich umfassenden «Beitrag zur Behandlung nervöser Störungen des Verdauungstractus». Derselbe enthält viel dem Nervenarzte Geläufiges, wird aber in seiner Zusammenfassung von praktischen Aerzten gern gelesen werden. In einem Schlussartikel behandelt Gugl: «die Grenzformen schwerer cerebraler Neurasthenie», unter welchen er die der Melancholie verwandten beschreibt und von den eigentlichen Psychosen zu trennen sucht. Ob diese Trennung bei den bekannten «fliessenden Uebergängen» derartiger Krankheitsbilder sich durchführen lassen wird, erscheint Ref. zweifelhaft. Aus praktisch-therapeutischen Gründen mit Berücksichtigung der Individualität wird man allerdings manchen derartigen Kranken nicht den freieren Abtheilungen einer Irrenanstalt, sondern gerade dem Sanatorium für Nervenkranke zuführen.

Das Buch, welches durchweg einen praktischen Zug und scharfe Beobachtung zeigt, stellt der Anstaltsthätigkeit seiner Verfasser ein rühmliches Zeugniss aus. Wegen der grossen Wichtigkeit der darin behandelten Fragen sei es der Beachtung der Collegen warm empfohlen.

Mercklin—Lauenburg.

Vermischtes.

— Zum Nachfolger Prof. Küstner's auf dem Lehrstuhl der Geburtshülfe und Gynäkologie an der Universität Jurjew (Dorpat) ist Dr. Alexander Gubarew aus Moskau ernannt worden. So viel uns bekannt, war Dr. G. bisher Privatdocent für operative Chirurgie und Prosector beim Lehrstuhl der normalen Anatomie an der Moskauer Universität, hat sich aber neben der Chirurgie auch mit gynäkologischer Praxis beschäftigt, und zwar als Assistent des Professors Ssnegirew in Moskau.

— Am 11. September beging der Landschaftsarzt des Ananjewschen Kreises (Gouv. Chersson) Dr. Peter Wolochow welcher zu den ersten Pionieren der Landschaftsmedicin gehört, und um das Medicinalwesen der Ananjewschen Landschaft sich grosse Verdienste erworben hat, sein 25-jähriges Dienstjubiläum. Von den Collegen und von den Jelisawetgradschen Landschaftsamte wurden demselben an diesem Tage in höchst schmeichelhaften Worten abgefasste Adressen überreicht und von den Repräsentanten der örtlichen Gesellschaft ihm zu Ehren ein Diner veranstaltet. Die Ananjewsche Landschaftsversammlung hat beschlossen, die Jahresgage des Jubilars auf 3000 Rbl. zu erhöhen und sein Bild in dem Landschaftshospital, das auf seine Initiative erbaut und mustergültig eingerichtet ist, aufzuhängen.

— Ernannt: der Abtheilungschef der Ober-Militär-Medicinalverwaltung, wirkl. Staatsrath Dr. Schewelew — zum Gehülfen des Militär-Medicinalinspectors des Wilnaschen Militärbezirks; der ausseretatmässige ältere Medicinalbeamte beim Medicinaldepartement, Dr. Matrochin — zum stellvertretenden Medicinalinspector des Olonez'schen Gouvernements.

— Verstorben: 1) Am 29. September in Moskau der dortige Kinderarzt, wirkl. Staatsrath Dr. Alexander v. Hippius. 2) Am 8. October in St. Petersburg der hiesige Arzt Johann Sabjelin im 54. Lebensjahre.

— Der Professor der Psychiatrie an der Moskauer Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Koshewnikow, ist nach Ausdienung der gesetzlichen Dienstfrist, auf weitere 5 Jahre im Dienst belassen worden.

— Von der vereinigten französischen medicinischen Presse (Association de la presse medicale française) wurde den Aerzten des in Toulon weilenden russischen Geschwaders ein warmer Empfang zu Theil. Die Mitarbeiter der medicinischen Journale veranstalteten zu Ehren der russischen Aerzte ein Bankett, auf welchem die Proff. Cornil und Brouardel auf Russland toasteten.

— Am 10. October erfolgte in Moskau die Einweihung und Eröffnung des auf dem Hofe des alten Universitätsgebäudes an Stelle des früheren Anatomicums erbauten Gebäudes des Physiologischen Instituts der Moskauer Universität. Wie von dort berichtet wird, ist das neuerbaute Institut mit solcher Vollkommenheit ausgestattet, dass es alle ähnlichen Institute in Westeuropa überragt. Sein Bau erforderte einen Aufwand von 120,000 Rbl., Die Einrichtung kostete 10,000 Rbl. Das ganze Gebäude hat Luftheizung, ist gut ventilirt, wird elektrisch beleuchtet und durch alle Räume ist Wasser- und Gasleitung (letztere hauptsächlich für die Laboratorien) gelegt.

Das Organisations-Comité des bevorstehenden V. Congresses der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an N. J. Pirogow bringt zur Kenntniss der Collegen, welche an dem vom 27. December 1893 bis 4. Januar 1894 in St. Petersburg tagenden Congresse theilnehmen wollen, dass das Finanzministerium den Mitgliedern dieses Congresses eine Tarifermässigung auf den russischen Eisenbahnlinien zugestanden hat. Die Congress-Mitglieder, welche eine Bescheinigung des Organisations-Comités des Congresses über ihre Mitgliedschaft beibringen, zahlen für die Fahrt zum Congress den vollen Preis des Passagierbillets, wobei der Stationschef der Ausgangsstation auf der Bescheinigung den Namen der Anfangs- und Endstation, sowie die Wagenklasse und die Nummer des Billets vermerkt. Bei der Rückfahrt erhalten nun dieselben nach Vorweisung einer Bescheinigung vom Präses des Organisationscomités, dass sie in der That Mitglieder des Congresses gewesen sind, ein Freibillet zur Rückreise. Diese Tarifermässigung erstreckt sich nicht auf diejenigen Congressmitglieder, welche mit Courier- und Extrazügen derjenigen Eisenbahnlinien reisen, die eine Ermässigung in diesen Zügen nicht gewähren wollen. Die Aussteller geniessen dieselbe Tarifermässigung, jedoch nur bei Benutzung der dritten Wagenclasse. Indem das Organisationscomité solches mittheilt, ersucht es die Collegen, welche an dem V. Congress theilzunehmen wünschen, den Mitgliedsbeitrag im Betrage von 8 Rbl. an den Cassirer des Comités Dr. Woronichin (St. Petersburg, Kabinetskaja Nr. 20, Quartier 20) einzusenden und zugleich anzugeben, welche Eisenbahnlinien (Angabe der Ausgangs- und Endstationen nothwendig) und welche Wagenklasse sie zur Hin- und Rückfahrt zu benutzen gedenken. Gleichzeitig werden die Collegen ersucht, zu statistischen Zwecken folgende Notizen über ihre Person beizufügen: Vornamen, Vatersnamen, Familiennamen, wissenschaftlichen Grad, dienstliche Stellung (Professor, Ordinator, Militärarzt, Landschaftsarzt u. s. w.) und Wohnort.

— In Kasan hat der dortige Dumaarzt in einer «Moskauer Wursthandlung» eine geräucherte Zunge gekauft, welche sich bei der Untersuchung mit Anilinfarbe, die Arsen enthielt, gefärbt erwies.

(Wolshski Westn. — Wr.)

— Prof. Olivieri in Neapel, über dessen tragisches Ende wir vor Kurzem (№ 40, S. 367) berichteten, hat ein grosses Vermögen hinterlassen, das er sich durch seine ausgebreitete Praxis, namentlich als Operateur erworben. Von seinem Vermögen hat er in freigebiger Weise testamentarisch vermacht: Dem Augenhospital in Neapel 200,000 Lire (gegen 80,000 Rbl. nach dem Curse), dem Hospital «Pellegrini», dessen Director er war, 300,000 Lire (ca. 120,000 Rbl.) und seine Sammlung chirurgischer Instrumente, dem Asyl für chronische Kranke seine reiche Bibliothek, seinem Schüler Dr. Mottola, welcher ihn in seiner letzten Krankheit behandelte, 100,000 Lire (ca. 40,000 Rbl.) und das übrige Vermögen seinen Verwandten und seinem Dienstpersonal.

— Ein galvanisches Heftpflaster für Heilzwecke bildet den Gegenstand eines Patents des Hrn. John Ward Schults in Wichita (Kansas). Die Leitung des elektrischen Stromes durch den menschlichen Körper wird mittelst der in dem Pflaster gebetteten Elemente und der zu beiden Seiten des zu behandelnden Körpertheils an dem Körper mittelst eines Klebstoffes befestigten Elektroden und der Leitungsdrähte bewirkt. (Oest. ärztl. Vereinsztg.)

— Nach dem neuen französischen Gesetz, betreffend die Ausübung der ärztlichen Praxis in Frankreich, können Aerzte im Besitz eines fremden Diploms, welche das französische Doctordiplom zu erlangen wünschen, ganz oder theilweise von den für diesen Grad erforderlichen Prüfungen dispensirt werden. Es können aber in keinem Falle mehr als drei Fächer erlassen werden. Der Examenerlass wird vom Unterrichtsminister auf Vorschlag der Facultät und des vortragenden Rathes beim Unterrichtsministerium ertheilt.

— Eine interessante Entscheidung hat vor Kurzem ein englischer Gerichtshof gefällt. Der bekannte Laryngologe Lennox Brown hatte an dem 9-jährigen Sohne des Lord Annesley die Tonsillotomie ausgeführt. Die Operation geschah in der Narcose. Lennox Brown schickte dem Vater seines Patienten eine Liquidation im Betrage von 30 Guineen (gegen 300 Rbl. nach dem Curse) für sich selbst und 2 Guineen (ca. 20 Rbl.) für seinen Assistenten. Lord Annesley fand das für eine Operation, die nur 3 Minuten gedauert, zu theuer und wollte dem Assistenten die verlangten 2 Guineen, Lennox Brown aber nur 10 Guineen bezahlen. Letzterer ging darauf nicht ein und die Sache kam zu gerichtlicher Entscheidung. Der Gerichtshof entschied, dass die Forderung des Arztes berechtigt sei, da es auf die Zeit, welche die Operation beansprucbe, nicht ankomme.

(Allg. med. C.-Ztg.)

— In den Vereinigten Staaten von Nordamerika erscheint eine neue Zeitschrift unter dem Titel «The American Medical Temperance Quarterly», welches von dem Verein amerikanischer Aerzte zur Bekämpfung der Trunksucht herausgegeben wird.

— Der hiesige Arzt Dr. Sarubin hat die Concession zur Herausgabe einer populären medicinischen und hygienischen Zeitschrift erhalten, welche unter dem Titel «Будьте здоровы» (Bleibt gesund) 1 bis 2 mal wöchentlich erscheinen wird und als Lectüre für häusliche Kreise bestimmt ist. Der Abonnementspreis beträgt 5 Rbl. jährlich.

— Wie die Zeitung «Noworossiski Telegraph» erfahren haben will, sind die DDr. Korsch und Stroganow von der Redaction des in Odessa erscheinenden med. Journals «Jushno-Russkaja Medizinskaja Gaseta» zurückgetreten.

— Als Vervollständigung, resp. Berichtigung unserer Notiz über die Organisation der Expertise der allrussischen hygienischen Ausstellung (cf. diese Wochenschrift Nr. 41, pag. 375) geht uns folgende Zuschrift zu:

Die Central-Experten-Commission besteht aus allen Präsidirenden der 27 einzelnen Expertisen-Gruppen und von diesen ist als Präsident der Prof. Schidlowsky erwählt worden. Jede Gruppe bestimmt in ihrer Mitte, nach der von ihr gemachten Expertise, den betreffenden Preis; die Bestätigung desselben aber erfolgt nach Vortrag in der Central-Experten-Commission. Viele Exponate werden beurtheilt, nachdem sie einer vielseitigen Expertise in verschiedenen Gruppen unterlegen haben, wo dann die Zutheilung der Prämie in der Central-Experten-Commission erfolgt, nach Beurtheilung des Vortrags der Präsidirenden der verschiedenen Gruppen.

— Nach den beiden letzten officiellen Cholera-Bulletins kamen in der letzten Septemberwoche immer noch in 3 Gouvernements mehr als 200 Erkrankungen an der Cholera in einer Woche vor, und zwar in Wolhynien vom 26. Sept. bis 2 Oct. 539 Erkrankungen mit 213 Todesfällen, in Lomsha in demselben Zeitraume 478 Erkr. mit 225 Todesfällen und Kursk 217 Erkr. mit 46 Todesfällen. Ueber 100 Erkrankungen in der Woche wiesen noch die Gouvernements Kasan (166 Fälle), Ssamara (139), Chersson (116) Woronesh (112) und Ssimbirsk (103) auf. Im Gouv. Moskau erkrankten innerhalb zweier Wochen 222 Personen an der Cholera. In der Stadt Moskau verblieben am 11. Oct. nur 5 Cholerakranke in Behandlung. In der Stadt Jurjew (Dorpat) erkrankten seit dem Erscheinen der Epidemie bis zum 12. October 42 Personen, von denen bisher 26 starben und am 12. Oct. 10 Personen in Behandlung verblieben. In der Stadt St. Petersburg betrug die Zahl der Choleraerkrankungen vom 6.—13. Oct. Mittags 130; es genasenin dieser Zeit 103 Personen, starben 62 und blieben in Behandlung 132 Personen. Vor einer Woche betrugen die entsprechenden Zahlen 154, 131, 68 und 167. Es ist also hier eine weitere Abnahme der Epidemie erkennbar.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 10. October d. J. 5950 (65 mehr als in der Vorwoche), darunter 370 Typhus — (1 mehr), 678 Syphilis — (32 mehr), 56 Scharlach (3 mehr), 11 Diphtherie — (4 wen.), 22 Masern — (11 mehr), 16 Pocken — (4 mehr) und 152 Cholerakranke — (7 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Im Lugaschen Kreise (Gouv. St. Petersburg) sind mehrere Landschaftsarztstellen zu vergeben. Nähere Auskünfte ertheilt das Lugasche Landschaftsamt.

2) Es wird ein Arzt für ein wohlhabendes Kirchdorf mit 11,000 Einwohnern im Kaukasus gesucht. Mehrere Familien sind bereit ein Fixum von 500 R. jährlich bei freier Wohnung zu zahlen. Wegen der näheren Bedingungen beliebe man sich an die Apotheke von Plonski zu wenden. Adresse: Кавказъ, село Ладовское-Балковское — Ставропольской губ., Медвѣжинскаго уѣзда, въ аптеку Плонскаго.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 3. bis 9. October 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
277	190	467	71	26	57	8	7	11	67	62	59	46	29	18	6	—

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 9, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 4, Scharlach 6, Diphtherie 5, Croup 3, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 13, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 76, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 62, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 21, Marasmus senilis 18, Krankheiten des Verdauungscanals 47, Todtgeborene 27.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 19. October.

Tagesordnung: 1) Dr. Hulanicki: Ueber die augenärztliche Thätigkeit einer fliegenden Colonne im Tschernigowschen Gouvernement.

2) Dr. Blessig: Ueber Verletzungen des Auges durch Fremdkörper (mit Demonstration).

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 25. October.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Sophie Jordan, Вас. Остр., 10 лин. д. 11, кв. 9.
Frau Duhtzmann, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.
Fr. Amalie Schulze, Офицерская 55/17, кв. 93.
А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.
Вѣра Андрѣевна Скорлигина, Невскій пр. д. 98, кв. 6.
M. Winkler, Соляной пер. д. 4, кв. 11.
Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.
Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.
Frau A. Wiander, Вас. Остр. 7 л. д. 9, кв. 6.
Frau Marie Kubern, Мойка 84, кв. 19.

Дозв. ценз. Спб. 11 Окт. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 43 St. Petersburg, 23. October (4. November) 1893

Ueber das Carcinoma ventriculi ex ulcere rotundo.

Ein in der med. Gesellschaft zu Dorpat am 23. August 1893 gehaltener Vortrag.

Von

Dr. med. Robert Koch.

M. H.! Es ist Ihnen vielleicht noch erinnerlich, dass ich im November des vorigen Jahres in einem Vortrage «über Magenblutungen in der Gravidität» an der Hand einer Krankengeschichte die Vermuthung aussprach, dass es sich bei Magenblutungen gegen Ende der Schwangerschaft — abgesehen selbstverständlich von solchen aus grösseren Gefässen — nicht um arterielle, sondern um venöse handeln könnte [1]) Ich nahm zur Erklärung den von Senator und andern Autoren betonten abnorm erhöhten intraabdominellen Druck in der Bauchhöhle Gravider in Anspruch, der auf allen Unterleibsorganen lastet, den arteriellen Zufluss und den venösen Abfluss hindert. Die lebenbedrohende Haematemesis sistirte in dem Fall sofort, als durch spontane Wehen die Frucht ausgestossen wurde. Dieses führe ich nur nebenbei an, um Sie an den Fall überhaupt zu erinnern. Die Patientin, bei der die subjectiven und objectiven Symptome die Diagnose «Ulcus pepticum ventriculi» unzweifelhaft machten, ist, nachdem sie den Sommer und Herbst 1892 leidlich zugebracht, an den Folgen eines Ulcus-Recidivs und schliesslich — wie die Section ergab — an den Folgen eines Carcinoms auf der Basis der Ulcusnarbe Mitte April 1893 ihren Leiden erlegen.

Vorausschicken muss ich, dass ich der Patientin bei ihrer Genesung post graviditatem eine genaue Directive in Betreff der Diät mit auf den Weg gegeben hatte; ich erfuhr jedoch bald, dass sie sich nicht an dieselbe gehalten, vielmehr ihren Lieblingsappetenzen (Sauerkohl, Erbsen, Schwarzbrod) freien Lauf gelassen hatte. Die Folgen liessen nicht lange auf sich warten. Am 24. Dec. 1892 trat plötzlich ein sehr starkes Blutbrechen ein, nachdem einige Tage vorher dyspeptische Erscheinungen bestanden hatten; es stellten sich heftige Schmerzen im Epigastrium an umschriebener Stelle ein, die sich bei leiser Berührung und bei Nahrungsaufnahme steigerten; Melaena. Das mit Schleim, rothem und schwärzlichem Blut untermischte Erbrochene reagirte sauer, gab positive Phloroglucin-Vanillin und Erythrodextrin-Reaction. Unter der üblichen Ulcus-Diät besserte sich der Zustand, sehr bald hörte das Blutbrechen auf, so dass die Pat. gegen Ende Januar 1893 das Bett verlassen konnte und der Kräftezustand durch geeignete Nahrung sich wesentlich hob. Es fand sehr bald wiederum eine Vergewaltigung des Magens statt, die Pat. ass ein grosses Stück Schwarzbrod; einige Stunden darnach Blutbrechen, heftige Magenschmerzen im Epigastr. etc. etc.; es wird fast jegliche Nahrung, selbst Milch in kleinen Portionen, erbrochen; die Kräfte nehmen im Lauf der nächsten 3 Wochen unter steter Abmagerung ab. Es treten die Erscheinungen der Pylorus-Stenose und Magendilatation auf; Pat. klagt weniger über Schmerzen, als über einen lästigen Druck im Magen, der von Zeit zu Zeit einen krampfähnlichen Charakter annimmt; es sind deutliche peri- u. antiperistaltische Magenbewegungen sichtbar und lässt sich ein deutlich hörbares Succussionsgeräusch und Plätschern bis vier Finger breit unter dem Nabel nachweisen. Da ich eine narbige Strictur ex ulcere annehmen musste, so schlug ich einen operativen Eingriff (Pyloroplastik) vor, der aber abgelehnt wurde. Gegen Ende Februar änderte das Krankheitsbild sich dahin, dass die Salzsäure-Reaction schwand und einer von Woche zu Woche sich steigernden deutlichen Milchsäure-Reaction Platz machte. Ein Tumor war nicht nachweisbar. — Als gogen Ende März die Pat. selbst eine Operation wünschte, konnte wegen allzugrosser Schwäche der Pat. davon nicht mehr die Rede sein. Der Kräfteverfall war von nun an ein rapider, die Pat. bot das klassische Bild der Macies — es trat in

[1]) Cf. St. Petersb. med. Wochenschrift 1893 Nr. 10.

Folge von Herzparalyse am 17. April der Exitus letalis ein.

Ich werde das Obductionsprotokoll hier gleich folgen lassen. Die Ausführung der Section verdanke ich der Freundlichkeit unseres Collegen Dr. Luntz.

Sectionsprotokoll.

Starke Trübung der Corneae; ausgedehnte Hypostasen, leicht livide Verfärbung der Bauchdecken; leichtes Oedem der unteren Extremitäten. Unterhautfettgewebe noch ziemlich gut entwickelt. Peritoneum parietale leicht trübe, wenig durchscheinend; das Peritoneum viscerale im Allgemeinen von derselben Beschaffenheit; das des Magens zeigt ausserdem eine stärkere Blutfüllung der Gefässe. Stand der Kuppe des Zwerchfells an der 4. Rippe; im Abdomen keine freie Flüssigkeit; Lage der Baucheingeweide in sofern verändert, als der Magen, mehr in Längsstellung, über die Hälfte der vorderen Partie der Bauchhöhle einnimmt. Nach unten von ihm liegt das Colon transversum und die geknickten Colon ascendens und descendens. Die Dünndarmschlingen finden sich nach hinten von den letzterwähnten Darmpartien und ins kleine Becken verdrängt, das grosse Netz mässig fettreich. Im Dickdarm ziemlich grosse Mengen mittelconsistenter Faeces. Die Dickdarmschleimhaut stellenweise, namentlich in den untern Abschnitten, ecchymosirt und auch diffus geröthet. Die lymphatischen Apparate geschwellt. Der untere Abschnitt des Dünndarms ist eng und leer; seine Schleimhaut zeigt im Grossen und Ganzen dieselbe Beschaffenheit, wie die des Dickdarms, insofern als auch hier dieselbe stärker injicirt erscheint und die lymphatischen Apparate sich geschwellt finden. Die Schwellung der lymphatischen Apparate nimmt nach oben zu ab. Im Jejunum flüssiger dunkelbrauner Inhalt; die Schleimhaut stark durchfeuchtet. Die Schleimhaut des Rectum nur in den unteren Partien rosig verfärbt, sonst unverändert. Die Darmserosa zeigt keine Narbenzüge, auch ist der Darm überall durchgängig. — Die Harnblase stark contrahirt, in derselben wenig trüben Urins. Die Schleimhaut mit ziemlich dicken trüben Fetzen belegt, sehr stark hyperämisch; am Orificium uteri externum ein ovulum Nabothii. Uterus klein, Gewebe derb. Dasselbe gilt auch von den Ovarien. — In der Gallenblase dunkelgrüne, fadenziehende Galle; Gallenblasenschleimhaut stark imbibirt. Die Leber klein; das Lebergewebe zeigt erhaltenen acinösen Bau; das Parenchym stark anämisch und gelbtrübe aussehend. Die Milz etwas verkleinert; Kapselüberzug trübe, Pulpa consistent, Trabecularsystem deutlich, Malpighische Körper klein. Die Mesenterial-Lymphdrüsen leicht geschwellt. — Der Magen sehr stark dilatirt; in demselben grosse Mengen flüssigen dunkelbraunen Inhalts. Im Duodenum ebensolcher mit käseähnlichen Massen vermischter Inhalt. Die Schleimhaut des Magens zeigt durchweg ein leicht mamellonnirtes Aussehn, ist mit dicken Schleimmassen belegt. Die hintere Wand zeigt eine stärkere Füllung der Gefässe und an einer Stelle auch mehr diffuse Blutaustritte. Das mamelonnirte Aussehn der Schleimhaut tritt zum Pylorus zu deutlicher hervor, und findet sich am Pylorus selbst die Schleimhaut mehrfach knotig verdickt und geröthet (mikroskopisch: krebsige Infiltration). Oberhalb der erwähnten knotigen Massen am Pylorus erscheint die Schleimhaut von strahlig-narbigem Aussehn.

Die Schleimhaut des Duodenums zeigt ebenfalls Schwellung der lymphatischen Apparate.

Pankreas von deutlich acinösem Bau, anämisch und von fettigem Aussehn. Die retroperitonealen Lymphdrüsen stark geschwellt und markig verändert. Die Nebennieren unverändert. Beide Nieren zeigen mässig leicht abhebbare Kapsel, die Oberfläche sehr stark injicirte Gefässe; Parenchym trübe; Bertinische Säulen namentlich an der linken Niere stark verbreitert. Das Mark verbreitert.

Anatomische Diagnose: Carcinom inmitten narbiger Einziehung am Pylorus. Mikroskopische Diagnose: Cylinderzellenkrebs; chronischer Magencatarrh; Dilatation des Magens; Intestinalcatarrh; Blasencatarrh; Trübung der Leber; Parenchymatöse Nephritis beiderseits.

M. H.! Das Carcinom ist nicht diagnosticirt worden, obgleich die Möglichkeit, ja Wahrscheinlichkeit eines solchen von mir in den letzten Wochen immer im Auge behalten worden ist. Schon das Verschwinden der freien Salzsäure und das immer deutlichere Auftreten von Milchsäure — ein pathognomonisches Zeichen, auf das speciell Boas[2]) aufmerksam macht — sprachen dafür. Doch diese beiden Symptome allein — Salzsäure-Mangel und Macies — ohne Nachweis eines Tumors zur Diagnose «Carcinom» verwerthen zu wollen, schien mir gewagt. Auch Boas selbst verfügt nur über einen sicheren Fall mit Sectionsbefund, wo excessive Milchsäuremengen in frühen Stadien des Carcinoms nachgewiesen werden konnten. Von meinem Fall kann ich nur sagen, dass die Milchsäure-Reaction von Woche zu Woche deutlicher wurde und die Uffelmann'sche Probe ohne Aetherausschüttelung positiv ausfiel, indem es zu intensiv zeisiggelber Reaction kam. Nicht nur für die diätetische Behandlung sondern auch für einen eventuellen chirurgischen Eingriff ist die Frühdiagnose des Carcinoms von grosser Bedeutung und verdient das von Boas angeführte Zeichen für ein beginnendes Carcinom «Milchsäureexcess» weitere Nachprüfung.

Das kaffesatzähnliche Aussehn des Erbrochenen, dem früher eine so grosse Bedeutung beigelegt wurde, hat nur in Verbindung mit anderen klassischen Symptomen einen Werth; Knöcheloedeme waren nur in den letzten Tagen bemerkbar. Auf die Rosenbach'sche Reaction, auf die Vermehrung des Indicans im Harn, auf die Prüfung des Chlorgehaltes im Harn und der Fermente habe ich kein Gewicht gelegt, da sie bisher keine unanfechtbaren klinisch verwerthbaren Anhaltspunkte für die Diagnose ergeben. Das Alter der Pat. — sie zählte 36 Jahre — sprach a priori gegen Carcinom. Somit glaubte ich mich berechtigt, an der Diagnose «cicatricielle Pylorusstenose ex ulcere» festhalten zu müssen, wenngleich die Möglichkeit eines Carcinoms auf der Basis eines Ulcus nicht von der Hand gewiesen werden konnte, ja an Wahrscheinlichkeit gewann, wenn der von Boas urgirten excessiven Milchsäurebildung eine so wichtige diagnostische Bedeutung zugesprochen werden kann.

M. H.! Das «Ulcus carcinomatosum» — eine Bezeichnung, die ich nicht für glücklich gewählt halte —, das «Carcinoma ventriculi ex ulcere peptico» ist pathologisch-anatomisch oft, klinisch sehr selten beobachtet und beschrieben worden. Bereits Dittrich[3]) hatte 1848 die Combination von Carcinom mit Ulcus rotundum und zwar in 160 Fällen 8 mal mit Krebs auf der Basis eines Ulcus nachgewiesen. Hauser[4]) lieferte den anatomischen Beweis, dass das Ulcus das Primäre, der Krebs das Secundäre sei. Lebert[5]) behandelte die Frage mehr von der klinischen Seite und glaubt, dass unter allen Magenkrankheiten das Ulcus am meisten zum Krebs disponire. Nach seiner Meinung bilden sich 9 pCt. der Carcinome auf Grundlage eines Ulcus. Die andern namhaften Autoren (Brinton, Ewald, Leube) erwähnen der Erkrankung nur vorübergehend, andere (Fox und Fenwick) gar nicht.

Kollmar[6]) hat 14 Fälle von Carcinoma ventriculi ex ulcere rotundo aus der Literatur zusammengestellt; zum grossen Theil wurde hier die Diagnose nicht intra vitam gestellt; zum Theil handelte es sich nur um eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose, die sich auf die progressive Kachexie, den palpabeln Tumor und den Nachweis von normalem und überschüssigem Salzsäurebefund stützte. Unter diesen 14 Fällen sind 4 von Rosenheim[7]) genauer beschrieben. Er formulirt an der Hand dieser vier Fälle von Carcinoma ex ulcere peptico gegenüber andern Krebsen des Magens das eigenartige klinische Symptomenbild dahin:

I. Bestehen unzweifelhafte Krebssymptome, (Tumor, progressive Macies) so spricht das Vorhandensein freier Salzsäure auf der Höhe der Verdauung resp. Superacidität für die Entstehung dieses Neoplasma aus einem Ulcus. Annähernd sicher wird die Diagnose ausserdem bei vorhergegangenen zuverlässigen Ulcussymptomen

[2]) Boas, Beiträge zur Diagnostik der Magenkrankheiten. Deutsche med. Wochenschrift 1892. Nr. 17.

[3]) Prager Vierteljahresschrift V. 1848.

[4]) Das chronische Magengeschwür, Leipzig 1883.

[5]) Die Krankheiten des Magens. Tübingen 1878, S. 440.

[6]) Berlin. klin. Wochenschrift 1891 Nr. 5 u. 6.

[7]) Zeitschrift für klin. Medicin 1890. S. 116.

(Blutbrechen, umschriebenen Schmerzen im Epigastr., langjährigem Bestehen der Cardialgien).

II. Andrerseits spricht das Fehlen freier Salzsäure bei unzweifelhaften Krebszeichen nicht gegen die Genese des Carcinoms aus dem Ulcus rotundum.

Nach diesen Rosenheim'schen Publicationen sind noch 3 Fälle beobachtet und beschrieben worden, von denen mir leider nur einer und zwar der folgende zur Verfügung steht. Eisenlohr[8]) nämlich demonstrirte in dem ärztlichen Verein zu Hamburg ein aus einem Ulcus rotundum entstandenes Carcinom, bei welchem bis 10 Tage vor dem Tode Salzsäureproduction constatirt werden konnte. Schon bei der Aufnahme ins Krankenhaus, 1/2 Jahr vor dem Exitus letalis wurde ein beweglicher Tumor in der Pylorusgegend festgestellt, ohne dass eine Ektasie bestanden hätte. Die Krankheitserscheinungen entsprachen in der ersten Zeit mehr einem Ulcus rotundum; bei sorgfältiger diaetetischer Behandlung wurde sogar in den ersten Monaten eine Gewichtszunahme erzielt. Die Section zeigte «dicht über dem Ring des Pylorus ein tiefes ovales 6—8 Cm. im Durchmesser haltendes Geschwür, dessen obere, der Höhle des Magens zugekehrte Ränder scharf abgeschnitten, von gut conservirter Schleimhaut begrenzt gefunden wurden, während der dem Pylorus zugewendete Rand mit weissgrauen weichen markigen Massen besetzt war, der Grund des Geschwürs wurde von dem ebenfalls krebsig infiltrirten Pankreas gebildet».

Der von mir beobachtete Fall unterscheidet sich von den meisten andern hauptsächlich dadurch, dass sich auf dem Boden eines sicher constatirten Ulcus pepticum ein nicht palpables Carcinom entwickelt hatte, dessen Wahrscheinlichkeitsdiagnose durch den rapiden Kräfteverfall, durch die Erfolglosigkeit jeder Ulcustherapie, endlich durch den von Boas betonten «Milchsäureexcess» ermöglicht wurde. — Die gewiss sehr interessante Frage, ob das Versiegen der Salzsäure und die Erscheinung dieses Milchsäureexcesses mit der Genese des Carcinoms zusammenfällt, muss als eine offene bezeichnet werden; über das Alter eines Carcinoms vermag uns die pathologische Anatomie keine Antwort zu geben.

Zum Schluss möchte ich noch erwähnen, dass die mitgetheilten klinischen Beobachtungen der auf der Basis eines Ulcus ventriculi sich entwickelnden Carcinome vielleicht im Stande sind, einen alten, Jahre lang sich hinziehenden Streit einer befriedigenden Lösung entgegenzuführen: Liegt es unter solchen Umständen nicht nahe, anzunehmen dass es sich dort. wo trotz sicherer Diagnose «Carcinom» intra vitam Salzsäureproduction und selbst Superacidität vorgefunden wurde, um nichts anderes als jene im Ganzen seltene Vorkommnisse handelt, wo die patholog. anatomische Diagnose zum Schluss «Carcinoma ventriculi ex ulcere peptico» lauten dürfte. Ob diese Annahme in der Folge ihre Bestätigung findet, muss die bei Weitem praecisere Untersuchung am Sectionstisch lehren.

Der vielbesprochene und vielbeschriebene Salzsäuremangel beim Carcinoma ventriculi beweist ja meist nur die Existenz einer chronischen Gastritis. Jede Infectionskrankheit setzt die Salzsäureproduction herab; aber gegen die Scheurlen'sche These von der bacillären Natur des Krebsgiftes sprechen schwerwiegende Gründe, namentlich der fehlende Nachweis specifischer Krebsbacillen. Auffallend bleibt dann auch die von Leichtenstern[9]) in 3 Fällen beobachtete Thatsache, dass der Scirrhus des Magens, wo die Schleimhaut weder geschwürige, noch narbige Veränderungen zeigt, ganz magensymptomlos verlaufen kann.

[8]) Deutsche med. Wochenschrift 1890. Nr. 52.
[9]) Deutsche med. Wochenschrift 1889, Nr. 26.

In Bezug auf die abnorme Milchsäureproduction als «Frühdiagnose des Magencarcinoms» hoffe ich bald eine weitere Mittheilung machen zu können.

Referate.

Verhandlungen der British Medical Association in Newcastle 1.—4. August 1893. (British medical Journal.)

Section für Geburtshülfe und Gynäkologie.

James Murphy besprach als Vorsitzender kurz die wichtigsten Fragen der Geburtshülfe und Gynäkologie. Bei der Behandlung der Eklampsie sprach er sich für Chloroformapplication und möglichst schnelle Entleerung des Uterus aus. Nachgeburtsblutungen kommen bei richtiger Leitung der Geburt selten vor, Compression des Uterus durch die Bauchdecken unterstützt. wenn nöthig, mit der anderen Hand per vaginam geben fast stets gute Resultate. Unter 61 Fällen von Placenta praevia hat M. nur 2 Todesfälle dank seiner Behandlung, die darin besteht, dass er in jedem Falle von diagnosticirter Placenta praevia nach dem 7. Monat die künstliche Frühgeburt einleitet. Unter den Beckeneingangszangen bevorzugt er die Tarnier'sche. Gegen die Craniotomie am lebenden Kinde spricht er sich sehr energisch aus, er hat sie auch nie ausgeführt. Es müssen die anderen Methoden, die das kindliche Leben schonen, gewählt werden. Craniotomie darf nur am todten Kinde oder bei Hydrocephalus ausgeführt werden und auch nur dann, wenn das Becken nicht eng oder wenig verengt ist, da die Craniotomie am engen Becken eine ernste Operation ist. Die Einwilligung zum Kaiserschnitt wird ein geschickter Operateur stets erhalten. Bei der Behandlung des Cancer uteri ist er für möglichst frühzeitige Eingriffe. Bei der Schwierigkeit der Diagnose im Beginn des Carcinoms giebt M. wenig auf die Meinung des pathologischen Anatomen, da dieselbe gerade in klinisch nicht bestimmbaren Fällen im Stich lässt. Bei der Myomotomie bevorzugt er die intra- resp. subperitoneale Stielbehandlung. Die der Operation nicht unterliegenden Fälle von Myom empfiehlt er der Beachtung der Aerzte, da in letzter Zeit die palliative Behandlung als uninteressant vernachlässigt wird. Dieselbe kann jedoch viel Nutzen schaffen. Bei der Abrasio spricht sich M. für eine vorhergeschickte Dilatation des Cervicalcanals aus: die Bedeutung der Trachelorraphie hat er immer mehr und mehr schätzen gelernt als Mittel allerlei nervöse Symptome und unbestimmte Beckenschmerzen zu beseitigen.

S. Pozzi, Die conservative Behandlung der erkrankten Uterus adnexa.

Indirect kann man die Adnexa behandeln durch Einwirkungen auf den Uterus mit Ausschabungen, Cauterisationen und Electricität. Diese Maassnahmen passen nur für die ersten Phasen acuter katarrhalischer Salpingitis. Bei Anwesenheit von Eiter oder chronisch verdickter Tubenwand sind dieselben nutzlos. Massage der Adnexa darf nur vorgenommen werden bei chronischen Entzündungen, besonders Adhäsionen, wenn die Tuben keine Flüssigkeit enthalten. Dasselbe gilt von der Anwendung der Electricität. Vermeintliche Entleerungen von Tubensäcken durch Dilatation des Cervicalcanals erklären sich durch diagnostische Irrthümer. Meist hat es sich wohl in solchen Fällen nicht um cystische Salpingitis, sondern um acute Salpingitis mit Oedem der Umgebung gehandelt, so dass eine Tumorbildung vorgetäuscht wurde. Bei fast allen Tubensäcken ist das Lumen der Tube in der Nähe des Uterus obliterirt. Die conservativen Operationen an den Adnexis sind Resectionen von Tube und Ovarium. Die Zahl solcher Operationen ist noch gering. Bei tiefgreifenden Veränderungen der Adnexa kommen sie nicht in Frage. Zur Salpingostomie bei Hydrosalpinx mit eventueller Neubildung eines Ostium abdom. hat P. kein Vertrauen. Die Tube ist kein passiver Eileiter, die Integrität ihrer Wandstructur ist eine nothwendige Vorbedingung für eine normale Ausübung ihrer activen Functionen. Es bleiben nur die Resectionen der Ovarien übrig, dieselben haben das Vorhandensein normaler Tuben zur Voraussetzung. Es genügt ja eine ganz geringe Quantität Ovarialgewebe um Menstruation und Ovulation aufrecht zu erhalten. Der Resection des Ovariums wird eine Sondirung der Tube vom Ostium abdominale aus vorausgeschickt. Die Operation wird ausgeführt bei isolirten Cysten keilförmig, und bei kleincystischer Degeneration, wo die Basis der Ovarien meist nicht mitbefallen ist. In der letzten Zeit hat P. den Ovarialstumpf mit der Tube durch einige Nähte vereinigt — Salpingoraphie, um das Zurücksinken des ersteren zu vermeiden. Statt der Resection kann auch die Ignipunctur aller kleiner Cysten vorgenommen werden. Der Einwand, es könnte dadurch secundäre Sklerose hervorgerufen werden, ist nicht zutreffend, da die Eschara resorbirt wird und es zu keiner Neubildung

von Bindegewebe wegen der Asepsis des Eingriffes kommt. Ebensowenig veranlasst der Eingriff die Neubildung von Cysten. P. hat 6 mal die Resection des Ovariums und 8 mal die Ignipunctur vorgenommen. Für letztere wie die Salpingographie nimmt er die Priorität in Anspruch. Alle Pat. genasen oder wurden wesentlich gebessert, eine Pat. wurde schwanger. Pozzi's Erfahrungen sind 2 Jahre alt.

More Madden ist der Meinung, dass man in manchen Fällen Tubensäcke (Hydro- und Pyosalpinx) durch vorsichtige Katheterisation der Tuben oder Aspiration entleeren kann, ohne dass man eine verstümmelnde Operation nöthig hätte; Massage ausgedehnter Tuben ist gefährlich.

Barnes hält die Katheterisation der Tuben für schwierig und unsicher. Ein weiteres conservatives Verfahren besteht darin, dass man nach Eröffnung des Abdomen und verificirter Diagnose die Adhäsionen löst und die Organe möglichst aus denselben befreit. Er hat so in mehreren Fällen günstige Resultate erzielt.

Robert Bell spricht sich gegen die Resection der Ovarien aus, da man in weniger vorgeschrittenen Fällen mit andern Maassnahmen auskommt. Wichtig ist die Abrasio des Cavum uteri, da in letzterem der Ausgangspunkt der Affection zu suchen ist. Es hat der Abrasio 1 mal wöchentlich die Cauterisation des Uterus mit Carbol und Jod zu folgen, ausserdem sind 2 mal wöchentlich 10 pCt. Ichthyolglycerintampons zu appliciren. Diese Maassnahmen bringen die entzündlichen und hypertrophischen Zustände, wenn sie nicht schon zu weit vorgeschritten sind, zum Schwinden.

Nach Smyly hängt der einzuschlagende Weg von der Diagnose ab, letztere ist aber sowohl vor als auch nach Eröffnung des Abdomens sehr schwierig.

Murdoch Cameron betont die Wichtigkeit der prophylaktischen Behandlung von Leukorrhoe und Endometritis. Er ist Gegner der Massage und bevorzugt den faradischen Strom.

Brewis hat gleichfalls die Lösung von Adhäsionen per laparotomiam mit Erfolg ausgeführt. Eine exacte Diagnose kann nur nach Eröffnung des Abdomens gestellt werden, nach deren Ergebniss das Operationsverfahren, conservativ oder nicht, zu wählen ist.

Taylor führt als weiteres conservatives Verfahren die Enucleation von Cysten des Lig. latum an, die statt der üblichen Abtragung der Adnexa vorzunehmen ist.

Cullingworth hält conservative Operationen an den Tuben ebenso wie Pozzi für nutzlos.

Spencer Wells wirft die Frage auf, was mit einem Ovarium mit höckriger Oberfläche zu geschehen habe, an dessen Oberfläche kleine Cysten sitzen. Er hat einfache Punctionen der Cysten gute Resultate geben sehen.

Aust-Lawrence berichtete über 10 Fälle von Ovariotomie post partum. In einem Fall handelte es sich um Peritonitis in Folge von Ruptur der Cyste, in den übrigen um Stieldrehung mit Entzündungserscheinungen. Die Diagnose war von den behandelnden Aerzten meist auf Puerperalperitonitis gestellt. Er ist für die Ovariotomie während der Schwangerschaft, da dadurch mancherlei Gefahren vorgebeugt wird.

Fancourt Barnes berichtete über einen Fall von vesicovaginaler Lithotomie. Wegen Anwesenheit einer eitrigen Cystitis verzichtete er auf die Naht. Die Wunde schloss sich von selbst. Er spricht sich gegen die Dilatation der Urethra aus.

Aust Lawrence hat 2 Fälle ebenso operirt, er ist gleichfalls Gegner der Harnröhrendilatation.

Discussion über puerperale Septicaemie.

Robert Barnes: Das Wochenbettfieber hat nach Boxall's Untersuchungen in England und Wales nicht abgenommen. Für die Hospitäler ist eine Abnahme, für das flache Land eine Zunahme zu verzeichnen. Williams konnte für Cardiff nachweisen, dass die Hauptschuldigen gewissenlose Hebammen waren. Barnes glaubt, dass es eine endogenetische Septicaemie gebe. Sie entsteht dadurch, dass das Blut resp. die zurückgehaltenen Lochien schädliche Veränderungen eingehen — auch ohne Zutritt von Luft — und es so zu einer Art Toxaemie kommt. Häufiger ist die exogenetische Septicaemie, bei welcher das Gift oder der giftproducirende Factor von aussen in den Genitalkanal gebracht werden. Die Prophylaxe der endogenetischen Septicaemie besteht in einer entsprechenden Leitung der Geburt. Unnütze Eingriffe und Tampons sind möglichst zu vermeiden. Dammrisse sind zu vernähen. Nach der Geburt soll der Uterus comprimirt werden und darauf eine Bauchbinde angelegt werden. Die Resorption und Retention möglicherweise giftiger Stoffe wird so verhindert. Die Wöchnerin ist mit erhöhtem Kopf und Schultern zu lagern um den Secreten besseren Abfluss zu schaffen. Irrigationen sind zu vermeiden. Die Placenta muss untersucht werden, bei Retention von Stücken ist die Abrasio vorsichtig zu machen, am besten mit dem Finger. Die äusseren Geschlechtstheile sind mit Carbollösung zu waschen und vor dieselben ist eine antiseptische Vorlage zu legen. Chinin, Ergotin und Hamamelis in mässigen Gaben wirken nicht nur als Tonica, sondern unterhalten auch die Uteruscontractionen. Die Zufuhr leicht verdaulicher Nahrung verhindert die übermässige Resorption von Secreten und die Ueberschwemmung der Circulation mit Excretionsstoffen. — Obgleich die klinische Erfahrung lehrt, dass die endogenetische Toxämie verhältnissmässig leicht verläuft, kann dieselbe doch bei Hinzutritt einer exogenetischen Infection viel gefährlicher werden. Letztere vermeidet man durch Beobachtung der strengsten Regeln der Reinlichkeit. Auch meteorologische Verhältnisse sind nicht ohne Einfluss. Puerperalfieber ist im Herbst, Winter und Frühling häufig. Als prädisponirend für endogenetische Toxaemie hat B. feuchte Witterung erkannt. Bei Sättigung der Luft mit Wasserdämpfen ist die Exhalation durch die Lungen behindert, dasselbe gilt für die Perspiration durch die Haut. Vermehrte Urinsecretion bietet keine genügende Compensation. Trockene Luft und Sonnenschein begünstigen die Respiration. Ein luftiges gut ventilirtes Wochenbettzimmer ist ein wesentliches Erforderniss. Besonders infectiös ist Leichengift (Semmelweis), doch können von der Leiche auch organisirte Infectionsstoffe (durch Arzt, Hebamme oder Wärterin) übertragen werden. Unter den antiseptischen Maassnahmen befürwortet B. die Desinfection der Luft, speciell den Carbolspray. Dieselbe führt zu einer Resorption von Carbolsäure durch die Lungen, wodurch alle ins Blut gerathenden Giftstoffe rechtzeitig vernichtet werden, auch ist die Desinfection des Körpers und der Kleider des Arztes und des Wartepersonals nicht zu unterschätzen.

Simpson: Die Unterscheidung zwischen endogenetischer und exogenetischer Septicaemie ist von Barnes zu sehr betont worden. Er sieht die Hauptgefahr in Uebertragung von Mikrokokken durch Hände und Instrumente. Er betont die Wichtigkeit der Desinfection und äusseren Untersuchung. Intravaginale Untersuchungen sollen möglichst eingeschränkt werden.

Cullingworth ist der Meinung, dass die endogenetische Septicaemie darin besteht, dass nicht pathogene Organismen im Genitalcanal pathogen werden. Die praktisch wichtigste Form ist aber die durch Infection von aussen her entstehende Septicaemie. Douchen sind gefährlich, da sie Infectionskeime von den unteren Abschnitten der Geburtswege in die oberen verschleppen. Auch Sublimatvergiftungen kommen durch dieselben zu Stande. Sonst hat Sublimat viele Vorzüge.

Boxall: Vor der Geburt wird die Vagina mit Sublimat (1:2000) ausgespült, dasselbe geschieht nach der Geburt. Doch muss der Arzt selbst die Ausspülung machen. Douchen werden nur bei besonderen Indicationen gemacht. Der Uterusirrigation ist stets eine Vaginalspülung vorauszuschicken. Als Antisepticum empfiehlt er durchaus Sublimat.

Byers spricht sich auch für's Sublimat aus. Er glaubt, dass ein Geburtshelfer von einem septischen Fall nach sorgfältiger Desinfection und Kleiderwechsel bald eine Geburt leiten kann.

Oliver macht nicht in jedem Fall von Infection dem Arzt oder der Hebamme Vorwürfe. Alte Pelveoperitonitis, Salpingitis oder Ovarialabscess können die Ursache abgeben. In vielen Fällen ist die Ursache nicht zu eruiren.

Purslow. Die Behandlung der Retroversio uteri gravidi. Nach kurzer Skizzirung der Ansichten der Autoren berichtet P. über 6 Fälle, darunter 3 mit Incarceration und Dilatation der Blase. P. spricht sich dahin aus, dass nach Application des Katheters die Reposition stets in Knieellenbogenlage zu versuchen ist ehe man ein Anaestheticum und grössere Gewalt anwendet. Darnach Bettruhe und Pessar.

Heywood Smith sah, dass bei Bettruhe mit Erhebung des Fussendes des Bettes durch Holzklötze von 8—9 Zoll Höhe ohne jegliche Eingriffe die Lageänderung des Uterus eintrat.

Aust-Lawrence sah retrouterine Bluttumoren — Extrauteringravidität — die Symptome des Uterus gravidus retroflexus vortäuschen.

W. Beckmann.

C. Gerhard: Zur physikalischen Diagnostik der Gallensteinkolik. (Deutsche medicin. Wochenschr. Nr. 40).

Der Verschluss des gemeinsamen Gallenganges durch einen Gallenstein führt zu praller Füllung der Gallenblase und der Lebergallengänge mit Galle. Meist beginnt der Anfall vier bis fünf Stunden nach der Hauptmahlzeit, d. h. kurz nach dem Eintritt des Mageninhalts in das Duodenum. Nicht immer ist die prall gefüllte Gallenblase als den Leberrand überragende Geschwulst wahrnehmbar; meist befindet sich die Geschwulst wenig seitwärts vom Aussenrande des rechten M. rectus, zuweilen aber auch zwischen der vorderen Axillarlinie und der rechten Parasternallinie. Ist die Geschwulst gross,

stark aufgerichtet und desshalb auch hart anzufühlen, so kann die Unterscheidung von Leberkrebs Schwierigkeiten bieten, auch können zwischen gummösen Geschwülsten gewucherte Zipfel des Lebergewebes, ferner Echinokokkentumoren Gallenblasengeschwülste vortäuschen. Im Allgemeinen beobachtet man nur in der Minderzahl der Fälle geschwulstartige Schwellung der Gallenblase. Diese kommt nicht zu Stande wegen ursprünglicher oder durch Schrumpfung bedingter Kleinheit der Blase; oder aber sie fehlt nur in denjenigen Anfällen, in welchen der Verschluss des gemeinsamen Gallenganges unvollständig ausfällt. Grosse, stark aufgerichtete Gallenblasengeschwulst findet sich meist nur bei starken Anfällen und bei Kranken, die bereits mehrere leichtere und schwere Attaken durchgemacht haben. Meist ist die Schwellung bereits einige Stunden vor dem Beginn des eigentlichen Anfalles vorhanden, so dass man aus dem Auftreten der Geschwulst den Schmerzanfall voraussagen kann. Ebenso giebt das rasche Schwinden der Geschwulst die Sicherheit, dass der Anfall zu Ende ist. In seltenen Fällen kann man bei Beginn des Anfalles in der Gallenblasengegend ein arteriendiastolisches blasendes Gefässgeräusch constatiren. Regelmässig bleibt nach einem heftigen Anfalle ein umschriebenes, peritoneales Reibegeräusch in der Gallenblasengegend zurück. Diese örtliche Entzündung des Bauchfells an der Gallenblase und den nächsten Strecken des Leberüberzuges erklärt es, dass die Schmerzen noch einige Tage nach dem Nachlassen der Attake anhalten, wenn auch in anderer Form und Intensität. Gegen diese nachbleibenden peritonitischen Schmerzen bewährt sich die Eisblase, während im eigentlichen Anfalle die Wärme wohlthuend ist. Dauern die Anfälle länger, so schwillt die Leber an, die Lebergegend wird stärker gewölbt, der Rand leicht sichtbar. Wenn nach mehreren gallensteinkolikartigen Anfällen Steine im Stuhle nicht aufgefunden werden können, kein Reibegeräusch an der Stelle der Gallenblase auftritt, auch im Anfalle selbst die Gallenblase nicht vergrössert war, so kann man mit ziemlicher Sicherheit Cholelithiasis ausschliessen und mit grosser Wahrscheinlichkeit eine nervöse Leberkolik annehmen.

Abelmann.

W. T. Councilman: Gonorrhoische Myocarditis. (The Amer. Journ. of the med. sciences. September 1893).

Ein von C. secirter und in vorstehender Arbeit genau beschriebener Fall von tödtlich verlaufender Tripperinfection liefert einen interessanten Beitrag zur Casuistik der gonorrhoischen Herzaffectionen. Der Kranke hatte 10 Tage nach Auftreten der Urethritis eine Schwellung des linken, etwas später auch des rechten Knies bekommen; später gesellten sich Affectionen der Finger-, Schulter- und Fussgelenke hinzu. Ungefähr 5 Wochen nach dem Beginn der Erkrankung traten Brustschmerzen und Kurzathmigkeit auf, die Herzdämpfung wurde etwas vergrössert gefunden, Herztöne rein, keine Reibegeräusche. Temperatur normal. 3 Tage später starb der Kranke ganz plötzlich am Morgen nach einer ruhig verbrachten Nacht. Bei der Section fand sich ausser der Urethritis, die zu einer Affection der Samenbläschen und einem Prostataabscess geführt hatte, und ausser schleimig-eitriger Synovitis der Gelenke, ein grosser hämorrhagischer Erguss im Pericardium und eine eigenthümliche Affection des Herzmuskels. Das Myocard des linken Ventrikels war von fester Consistenz und blasser, an Amyloid erinnernder Farbe; näher zum Endocard hin war der Muskel mehr grau und durchscheinend, gelatinös. Hier und da fanden sich Hämorrhagien im Muskel. Im linken Herzohr war eine grössere Partie der Wand in eine ähnliche blasse durchscheinende Masse der ganzen Dicke nach umgewandelt und sehr brüchig. Mikroskopisch war in diesen Partien eitrige Infiltration der intramuskulären Bindegewebssepta, Schwellung, Kernschwund, Vacuolenbildung und vollständige Nekrose des Muskelgewebes bei fehlender Granulationsbildung nachzuweisen. Die Eiterzellen (resp. Rundzellen) in diesen Partien enthielten Gonococcen in sehr grosser Anzahl, die als solche unzweifelhaft durch ihr morphologisches Verhalten, ihre Uebereinstimmung mit den Coccen des Urethraleiters und ihr Verhalten gegen Farbstoffe (Entfärbung bei der Gram'schen Methode) zu erkennen waren. Die Pericarditis zeichnete sich durch das Fehlen von fibrinöser Exsudation vor andern Formen aus; auch im Pericard waren Gonococcen nachweisbar.

W.

Wilhelm Cruse (Bauske in Curland): Zur Behandlung der Morphinvergiftung mit Atropin. (Archiv für Kinderheilk. Bd. 16 p. 67).

Edgar Kurz: Morphium und Atropin. (Allgem. med. C.-Ztg. Nr. 82).

An seinem eigenen, nicht volle 2 Wochen alten Kinde hat Verf. die günstige Wirkung des Atropins gegen Morphiumintoxication beobachten können. Durch ein Versehen wurde der Mund des Säuglings statt mit 4%iger Borsäurelösung, mit einer Lösung von salzsaurem Morphium 0,6:30,0 ausgewaschen. Es trat ein soporöser Zustand ein: der Kleine lag mit schlaffen Gliedmassen, blassem Gesicht, die Pupillen eng und reactionslos, der Puls kaum fühlbar, im hohen Grade verlangsamt, die Respiration oberflächlich. Verschiedene Excitantien, die in der Abwesenheit von C. angewandt wurden, führten nicht zum Ziel. Verf. wandte nun eine Atropinlösung an: 0,06 auf 7,5 Wasser, von welcher 2 Tropfen verabreicht wurden, nach einer halben Stunde ebensoviel. Die Genesung trat darnach in 24 Stunden ein. Approximativ schätzt C. die vom Kinde eingenommene Morphiummenge — 0,00375, nach Baginsky würde dies der Maximaldose für Säuglinge entsprechen. Die eingegebene Atropinmenge war 2 mal 0,001. C. entnimmt aus diesem Falle die Berechtigung für vorkommende Fälle mit den Atropingaben dreist zu sein.

Kurz hat die antagonistische Wirkung des Atropins und Morphins an 2 Fällen beobachtet. In dem einen Falle handelt es sich um eine Atropinvergiftung, die dadurch hervorgerufen wurde, dass ein Patient, der mit vorderen Synechien behaftet war, zu häufig sich eine 20%ige Atropinlösung in's Auge träufelte. Die heftigen Intoxicationserscheinungen gingen auf 0,03 Morphium zurück. Im 2. Falle handelte es sich um einen Selbstmordversuch mittelst Morphium. Der Patient lag im tiefsten Coma ohne Corneal- und Pupillarreflex mit stertoröser Athmung und sehr schwacher Herzaction. Durch eine subcutane Injection von 0,002 Atropin kehrte schon nach 30 Minuten das Bewusstsein zurück.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Reinhard Otto: Untersuchungen über Sehnervenveränderungen bei Arteriosklerose. 132 S. mit 4 Tafeln in Lichtdruck nach Mikrophotogrammen. Berlin, J. Springer, 1893.

Bekanntlich liegt der Sehnerv im Foramen opticum und unmittelbar hinter demselben der Art. Carotis interna und der Art. ophthalmica dicht an und ist hier von der knöchernen Umrandung des Kanals und einem von dieser nach hinten sich erstreckenden Durafortsatze begrenzt. Der Nerv kann also bei etwaiger Ausdehnung der genannten Gefässe nicht ausweichen und es ist daher a priori anzunehmen, dass er durch den Druck der ausgedehnten Gefässe mechanisch in Mitleidenschaft gezogen werden muss. Um so auffallender ist es, dass in der Literatur bisher nur spärliche Angaben über Veränderungen des Sehnerven infolge von arteriosklerotischer Wandverdickung und Ausdehnung der benachbarten Arterien zu finden sind. Angeregt durch einschlägige Befunde und Untersuchungen von Oppenheim und Siemerling, Maeli, Uhthoff, Bernheimer, suchte Verf. an der Hand eines grösseren, der Siechenabtheilung der Dalldorfer Irrenanstalt entstammenden Materials, die Frage zu beantworten, wie häufig die Sklerose der Carotis interna und der Ophthalmica zu Veränderungen des Sehnerven führe und welcher Art die letzteren seien. Es kamen 21 Fälle von ausgesprochener basaler Arteriosklerose zur genauen anatomischen Untersuchung. In 6 Fällen fanden sich als Folge der Druckwirkung leichte Abplattungen und Einkerbungen der Sehnerven, entsprechend der Lage der verdickten und erweiterten Carotis resp. Ophthalmica, ohne Veränderungen in der Structur der Nerven. In den übrigen 15 Fällen erreichten die makroskopisch sichtbaren Formveränderungen an den Nervi optici, zum Theil sehr hohe Grade und auch mikroskopisch wurden mehr oder weniger hochgradige Veränderungen nachgewiesen: zunächst nur Abplattung und Verschmälerung der Nervenbündel und der sie abgrenzenden bindegewebigen Septa, weiterhin aber auch Atrophie der nervösen Elemente bis zum völligen Schwunde derselben. Diese Veränderungen machten sich zuerst an den vertical über der Einkerbung gelegenen centralen, später auch an den ober- und unterhalb von diesen befindlichen Bündeln geltend, so dass in extremen Fällen eine senkrecht durch die ganze Dicke des Nerven reichende atrophische Partie resultirte. Entzündliche Veränderungen waren nirgends vorhanden. Auf manche nebensächliche Befunde, zum Theil angeborene Anomalien betreffend, soll hier nicht näher eingegangen werden, nur ist zu bemerken, dass auch die kleinsten Arterien im Nervenstamme arteriosklerotisch entartet gefunden wurden. Die wichtige Frage, in wie weit die geschilderten anatomischen Veränderungen durch absteigende Atrophie auch ophthalmoskopisch am intraocularen Sehnervenende sichtbar werden könnten, liess sich leider an diesem Krankenmaterial nicht mit genügender Sicherheit beantworten, da bei dem psychischen Zustande der meisten später zur Section gekommenen Patienten (meist Paralytiker!) die Untersuchung mit dem Augenspiegel auf grosse

Schwierigkeiten stiess und ausserdem in mehreren Fällen erhebliche Trübungen der brechenden Medien (Cataracte etc.) bestanden. Meist war der Augenspiegelbefund negativ, einmal fand sich graue Verfärbung der temporalen Papillenhälfte. Noch weniger waren die zur Untersuchung kommenden Kranken dazu geeignet, über die functionellen Störungen des Sehorgans Aufschluss zu geben. Bei der eigenthümlichen und constanten Localisirung der geschilderten Veränderungen im Sehnervenstamme kann aber erwartet werden, dass den anatomischen Veränderungen auch bestimmte Formen der Sehstörungen entsprechen dürften.

Die Beschreibung der anatomischen Befunde ist durch vorzügliche Lichtdruckbilder von Sehnervenquerschnitten erläutert. Blessig.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Prof. Haab stellte in der Gesellschaft der Aerzte in Zürich 3 Patienten vor, denen er Eisensplitter aus dem Augeninnern in folgender Weise entfernt hatte. Anstatt mit der gewöhnlich gebrauchten magnetischen Sonde ins Innere des Auges einzugehen, wobei nicht selten erhebliche Verletzungen und schwere Folgen eintreten, zog er den Splitter aus der Tiefe (zwei Mal aus der Netzhaut) zur Eingangsöffnung durch die mächtige Kraft eines möglichst grossen Elektromagneten. Einmal gelang es dabei den c. 2 Cm. langen schmalen Splitter aus der Einschlagsöffnung ganz herauszuziehen; im zweiten Fall kam der Splitter 3 Mm. unter der letzteren an und wurde von dort leicht nach geringer Erweiterung der Wunde mittelst der magnet. Sonde entfernt. Im dritten Falle, wo der Splitter durch den temporalen Theil der Vorderkammer und Linse eingedrungen war, kam er im oberen Theil der Vorderkammer die Iris stark vordrängend zum Vorschein und liess sich leicht mittelst kleiner Iridectomie entfernen. Die letzten beiden Fälle lehren, dass man bei dieser Magnet-Anwendung das Auge dem Magneten sorgfältig in der Weise annähern muss, dass die Linie der stärksten magnetischen Kraft sozusagen in den Wundkanal hineingeschoben wird. Dadurch wird die Operation wesentlich vereinfacht. H. hat bisher nach dieser Methode im Ganzen bereits 6 Mal Splitter entfernt und zwar einen aus dem hintern Theil der Linse, drei aus dem Glaskörper und zwei aus der Retina.

(Corresp. f. Schweizer Aerzte Nr 19.)

— Das Aleuronatbrot beim Diabetes. Wenn auch fast alle Forscher darin einig sind, dass ein gewisses Quantum von Brot dem Diabetiker zu gestatten sei, ist es doch erwünscht über ein schmackhaftes Brot mit möglichst geringem Stärkegehalt zu verfügen, das man dem Pat. ungestraft in die Hand geben kann. Das Bestreben einen passenden Ersatz für's Brot beim Diabetes zu finden, hat schon zu vielen Vorschlägen geführt. Man kann wohl sagen, dass bis jetzt kein Ersatz für's Brot gefunden ist. Zweck dieser Zeilen ist es die Petersburger Collegen auf das Aleuronatmehl, welches von Prof. Ebstein (Deutsche Med. Wochenschrift 1893 Nr. 18) in die Praxis eingeführt wurde, aufmerksam zu machen. Ich trat nur mit grossem Misstrauen an das neue Präparat heran. Und doch war das Resultat im Hause nach den Vorschriften Ebstein's angestellter Backversuche ganz überraschend. Es lässt sich aus Aleuronatmehl ein ganz vorzügliches, appetitliches und schmackhaftes Brot herstellen, das von den Pat. gern gegessen wird. Bei 27,5 pCt. Eiweissgehalt unterscheidet sich das Brot nur wenig von unserem Halbweisstrot, erinnert an das in den Ostseeprovinzen gangbare Seppikbrot. Aber auch höhere Prozentgehalte an Eiweiss beeinträchtigen die Schmackhaftigkeit kaum merkbar, es wird das Brot nur schwerer. Das hellbraune Aleuronatmehl kann von der Firma Handhausen in Hamm, Westphalen bezogen werden, doch könnte der Bezug in nächster Zeit vielleicht durch eine Petersburger Firma erleichtert werden. Bei der leichten Herstellbarkeit im Hause und dem mässigen Preise kann man dem Brote eine Zukunft voraussagen. In Bezug auf die Einzelheiten der Herstellung kann ich auf die oben citirte Arbeit von Ebstein verweisen.

W. Beckmann.

— C. Hübscher empfiehlt folgende Therapie des Unguis incarnatus, die sicher vor Recidiven schützt und gleichzeitig die gesetzte Wunde schnell zur Heilung bringt. «Cocaininjection an der Zehe und an der vordern äusseren Seite des entsprechenden Oberschenkels. Compressionsschlauch an der Zehe, Spaltung des Nagels, Evulsion beider Hälften. Abtragung der Seitentheile des Nagelfalzes. Umschneiden des hintern Theils desselben, Anfrischung des ganzen Nagelbettes mit flachgeführter Klinge. Lösung des Schlauchs; Stillung der Blutung durch Compression mit Gazebausch. Abtragung einer dünnen Lamelle Haut vom Oberschenkel mit dem Rasiermesser und sofortige Transplantation auf die Wunde (nach Thiersch). Als Verband schmale, in Jodoformöl getauchte Staniolstreifen, Watte, gestärkte Gazebinde. Nach 3—4-tägiger Bettruhe Verbandwechsel. — Trockene Heilung p. p. int. Zum Schutz gegen Schuhdruck während einigen Tagen ein Jodoformgaze-Collodiumverband».

(Correspbl. für Schweizer Aerzte № 20.)

Vermischtes.

— Am 9/21. October d. J. vollendeten sich 50 Jahre, seit der Altmeister der Medicin, Prof. Dr. Rudolf Virchow, nach Vertheidigung seiner Dissertation «De rheumate praesertim corneae» bei der Berliner Universität die med. Doctorwürde erlangte. Seine Promotion vollzog der berühmte Physiologe Johannes Müller. — Obschon der Jubilar sich durch eine Reise nach Dresden allen persönlichen Ovationen am Jubiläumstage entzogen hatte, so wurden ihm doch zahlreiche Auszeichnungen und Aufmerksamkeiten zu Theil, welche in Form von Blumenspenden, Adressen, Telegrammen, Karten etc. an diesem Tage in seiner Wohnung abgegeben wurden. Vor allen war es die Berliner medicinische Facultät, welche ihm das Ehren Doctordiplom übersandte, in welchem hervorgehoben wird, wie Virchow auf allen Gebieten die Heilkunde und Naturwissenschaft mit unermüdlichem Eifer und einer seltenen Geistesbegabung durch seine Forschungen bereichert und gefördert, wie er in erster Linie die Pathologie und die pathologische Anatomie durch neue grundlegende Arbeiten aufgebaut hat und, was seine Erkenntniss gefunden, zum allgemeinen Nutzen und zur menschlichen Wohlfahrt zu verwenden bemüht war. Die Berliner Academie der Wissenschaften feierte die Verdienste ihres Mitgliedes, die Stadtverwaltung von Berlin ihren verdienten Ehrenbürger in Adressen. Aehnliche Kundgebungen kamen aus Nah und Fern von Universitäten, Academieen, gelehrten Körperschaften, ärztlichen, politischen und communalen Freunden und Verehrern. Auch aus Russland wurden dem Jubilar von Universitäten und medicinischen Vereinen Glückwünsche übersandt. Das Stadthaupt von St. Petersburg, Geh.-Rath Ratkow Roshnow richtete an Prof. Virchow ein Gratulationstelegramm, in welchem er mit besonderer Freude an die Tage erinnert, wo ihm mit den Mitgliedern der städtischen Hospitalcommission und den Aerzten der städtischen Hospitäler das Glück zu Theil wurde, den berühmten Gelehrten zu feiern und ihn mit den Hospitaleinrichtungen St. Petersburgs bekannt zu machen.

Die «Berliner klinische Wochenschrift» hat zum 50-jährigen Doctorjubiläum Virchow's eine Extranummer herausgegeben, welche ganz der Schilderung seines Wirkens für Medicin, Hygiene und Anthropologie gewidmet ist. Hervorragende Fachmänner, wie Rindfleisch, Waldeyer, Hueppe, Langerhans, B. Fränkel, Veit entwarfen in derselben in Einzelaufsätzen ein Bild von dem, was Virchow auf ihren Specialgebieten und im medicinischen Vereinsleben geleistet hat. Beigefügt ist dieser Nummer ein fast 15 Spalten füllendes Verzeichniss von Virchows wissenschaftlichen Publicationen, Vorträgen, Reden, Discussionen etc., welches so recht ein Zeugniss ablegt von der Universalität und Leistungsfähigkeit dieses Mannes, den die Berliner med. Facultät in ihrer Glückwunschadresse mit Recht als den «Princeps medicorum» bezeichnet hat.

— Der Leibarzt Prof. emer. Dr. Zdekauer beabsichtigt von dem Posten des Präsidenten der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit in nächster Zeit zurückzutreten.

— Die neugegründete anthropologische Gesellschaft bei der militär-medicinischen Academie hat in ihrer ersten Sitzung den Ober-Militär-Medicinalinspector der Armee, Dr. A. Remmert, den Ober Medicinalinspector der Flotte Dr. W. S. Kudrin und den Chef der militär-medicinischen Academie Dr. Paschutin zu Ehrenmitgliedern erwählt.

— Die Professoren der militär-medicinischen Academie wirkl. Staatsräthe Nassilow (Chirurg) und Tarnowski (Syphilidolog) sind in der Würde eines Professor emeritus bestätigt worden.

— Verabschiedet: Der Medicinalinspector des Omskischen Militärbezirks, Geheimrath Dr. Lewonewski, wegen Krankheit.

— Verstorben: 1) Am 14. October in St. Petersburg der Arzt Paul Kanschin im 65. Lebensjahre. Der Verstorbene war von Hause aus Arzt, doch gab er bald den ärztlichen Beruf auf und widmete sich ganz der schriftstellerischen Thätigkeit. Er hat sich durch seine trefflichen Uebersetzungen der Werke von Shakespeare, Byron, Victor Hugo und anderen in's Russische einen Namen gemacht. 2) In Lauterberg am Harz am 12/24. October der hiesige Arzt Dr. Adolf Hempel nach schwerem Leiden im 47. Lebensjahre

Der Hingeschiedene stammte aus Mecklenburg und hatte seine medicinischen Studien in Berlin, Rostock und Leipzig gemacht. Nach Erlangung der Doctorwürde in Berlin war H. als Arzt im deutsch-französischen Kriege thätig und siedelte im Jahre 1873 auf Veranlassung seines älteren bereits vor einigen Jahren hier verstorbenen Bruders, Dr. Carl Hempel nach St. Petersburg über, wo er sehr bald in's Lager der Homöopathie überging und als homöopathischer Arzt gegen 20 Jahre prakticirte.

— Geheimrath Prof. Dr. Finkelnburg ist wegen andauernder Krankheit von den Vorlesungen über Hygiene an der Bonner Universität, an welcher er 30 Jahre docirt hat, entbunden worden.

— Zum Nachfolger des verstorbenen Professors Cantani in der Direction der ersten medicinischen Klinik an der Universität Neapel ist Prof. E. de Renzi, welcher bisher den zweiten Lehrstuhl der klinischen Medicin bekleidete, ernannt worden.

— Als Nachfolger des verstorbenen Professors Charcot an der Pariser medicinischen Academie wird Prof. Potain genannt.

Prof. Dr. Oscar Fraentzel, bisher dirigirender Arzt einer internen Abtheilung im Charité-Krankenhause, hat aus Gesundheitsrücksichten seine Lehrthätigkeit an der Universität und seine Thätigkeit am Hospital aufgegeben. Prof. Fr. war nächst Bardeleben und Lewin der älteste Charité-Arzt.

— Prof. Dr. August Hirsch beschränkt sich im künftigen Semester auf die Vorlesungen über Geschichte der Medicin. Sein ständiges Colleg über specielle Pathologie und Therapie hat für dieses Semester Prof. v. Noorden übernommen. (Allg. med. C.-Ztg.)

— Zum Präses der Verwaltung des städtischen Siechenhauses in Riga ist an Stelle des im vorigen Jahre verstorbenen Dr. A. Worms vom Stadtamt der Dr. S. Kröger gewählt worden.

— Am 16. October fand hierselbst im Restaurant Cubat das Diner zu Ehren des Professors der militär-medicinischen Academie Dr. Mierzejewski anlässlich seines 30 jährigen Jubiläums statt. Es nahmen an demselben gegen 80 Personen Theil.

— Am 10. October erfolgte in dem hiesigen Alexander-Barackenhospital zum Andenken an S. P. Botkin die Einweihung der neuerbauten Sortirungsbaracke, welche die Bestimmung hat, die mit einer zweifelhaften Diagnose aufgenommenen Kranken zu isoliren, um einer etwaigen Infection vorzubeugen. Dieselbe ist auf Kosten des Generalmajors P. J. Arischtschenko erbaut worden, welcher 25,000 Rbl. zu diesem Zweck gespendet hat.

— Die erste allrussische hygienische Ausstellung, welche am 21. Mai d. J. hierselbst eröffnet und am 10. October geschlossen wurde, ist in dieser Zeit von 200,000 Personen besucht worden. Wie wir bereits berichtet haben, hat die Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit beschlossen ein hygienisches Museum hierselbst zu gründen, für welches von den Ausstellern bereits eine grosse Zahl der von ihnen ausgestellten Gegenstände gespendet worden ist.

— Gasteiner Thermalwasser-Versendung. Soeben kommt uns die Nachricht zu, dass die Verwaltungsbehörde der Thermalquellen Gasteins das Thermalwasser von nun an auch in Versandt bringt u. zw. nicht nur in kleineren Gefässen, sondern auch in Glasballons zu 65 Liter zu Badezwecken. Es wird dadurch die Möglichkeit geboten, im Hause und zur rauheren Jahreszeit, sowie in entfernteren Gegenden Gasteiner Thermalbäder zu erhalten. Aber auch als gutes, bacterienfreies Trinkwasser dürfte das Gasteiner Thermalwasser willkommen sein für Orte mit schlechtem Trinkwasser überhaupt, oder zu Zeiten von Epidemien, um so mehr, als auch der Preis des Thermalwassers sehr niedrig gestellt sein soll.

— Die Gesellschaft Cherssonscher Aerzte drückt in einem im «Wratsch» veröffentlichten Briefe dem Dr. M. L. Silberstein ihren Dank und ihre Erkenntlichkeit aus für seinen 20 Jahre hindurch geleisteten ärztlichen Dienst als Secretär der Gesellschaft.

— Vom Ministerium des Innern ist beschlossen worden, in Sewastopol einen von der Krone unterhaltenen Curort anzulegen. (Russk. Shisn).

— Das Ministerium des Innern beabsichtigt eine illustrirte balneologische Zeitschrift («Бальнеологическій Вѣстникъ») herauszugeben, in welcher alle Nachrichten und Auskünfte über die Mineralbäder concentrirt werden sollen. (St. Pet. Wed. — Russ. Med.)

— Der Kaufmann Alexander Kukarnikow hat für das hiesige Nikolai-Kinderhospital 1500 Rbl. gespendet mit der Bestimmung, 500 Rbl. zur Vergrösserung des Pensionsfonds der Angestellten des Hospitals, 500 Rbl. zur Remonte des Hospitals und 500 Rbl. zur Ergänzung der Instrumente zu verwenden.

— In Tomsk gelangte vor Kurzem ein Process gegen 6 Bauern zur Verhandlung, welche angeklagt waren, ein Frauenzimmer ermordet zu haben, welches sie für die Cholera gehalten hatten. Es war nämlich im Dorfe wegen Ausbruchs der Cholera eine Quarantäne errichtet worden, um den Zugang zum Dorfe zu versperren. Am 13. September hatte die Bäuerin Kondratjewa in das Dorf fahren wollen, war aber bei der Quarantäne zurückgewiesen worden. Zwei Stunden später hatten die Angeklagten das Dorf verlassen und bald darauf waren Schüsse gehört worden. Einer der Angeklagten hatte später zu anderen Dorfbewohnern geäussert: «Betet zu Gott, wir haben die Cholera getödtet; sie trug oben weibliche und unten männliche Kleidung.» Das Gouvernements-Gericht erklärte nur zwei von den Angeklagten — Isack Petschatkin und Moses Tschupin — für schuldig und verurtheilte dieselben zur Entziehung aller Rechte und zur Abgabe in die Arrestanten-Abtheilungen auf 3 Jahre und 3 Monate.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 17. October d. J. 5929 (21 wen. als in der Vorwoche), darunter 371 Typhus — (1 mehr), 670 Syphilis — (8 wen.), 49 Scharlach (7 weniger), 19 Diphtherie — (8 mehr), 25 Masern — (3 mehr), 14 Pocken — (2 wen.) und 99 Cholerakranke — (53 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Es wird ein Arzt (christlicher Confession) für ein Städtchen gesucht. Zu erfahren bei dem Apotheker Seyffert in Widsy (Gouv. Kowno).

2) Für den Flecken Ganuschischki (Ганушишки) wird ein Arzt gesucht. Fixum 100 Rbl. jährlich und freies Quartier mit Beheizung, ausserdem gute freie Praxis. Adresse: Черезъ станц. Ракитки, Ковенской губ., на станц. Эллерны, аптекарю Квассеру.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 10. bis 16. October 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
276	218	494	71	23	75	7	12	20	75	59	52	39	36	18	5	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 16, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 3, Masern 5, Scharlach 13, Diphtherie 8, Croup 2, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 15, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 70, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 67, Tuberculose anderer Organe 8, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 20, Marasmus senilis 18, Krankheiten des Verdauungscanals 36, Todtgeborene 37.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 2. November.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 25. October.

Дозв. ценз. Спб. 22 Окт. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 44 St. Petersburg, 30. October (11. November) **1893**

Ueber Vaginofixatio uteri.

(Nach einem Vortrage, gehalten auf dem V. Livländischen Aerztetag am 3. Sept. 1893).

Von

Dr. med. G. v. Knorre.

Assistenzarzt an der Universitätsfrauenklinik zu Jurjew (Dorpat).

Seitdem durch die bahnbrechenden Untersuchungen B. S. Schultze's die Retrodeviationen des Uterus als eine Krankheit erkannt und beschrieben worden, die in weitgehendster Weise das Wohlbefinden der Frau stört, dürfte wohl die Frage, ob dieselbe zu behandeln, ausser Discussion gestellt sein. So sehen wir denn auch, dass Gynäkologen, wie A. Martin u. A., die nur in complicirenden Zuständen, Adnexerkrankungen, pelveoperitonitischen Adhäsionen, parametranen Narben die Ursache der Beschwerden sahen und nur diese allein behandelt wissen wollten, sich nunmehr ganz den Ansichten Schultze's anschliessen.

Schultze's Verdienst ist es auch, durch Ausbildung der Pessartherapie uns die Mittel gezeigt zu haben, durch welche wir in vielen Fällen erfolgreich dieser Erkrankung entgegentreten können.

Es bleibt aber immer noch eine Anzahl von Fällen übrig, nach Sänger ca. 20 pCt., nach den Erfahrungen an der Dorpater Klinik etwa 11 pCt., wo wir mittels Pessar kein befriedigendes Resultat erzielen können, sondern nach anderen Hilfsmitteln uns umsehen müssen.

Die Gründe hierfür liegen in den verschiedensten Momenten: so finden wir, dass oft eine auffallende empfindliche Beschaffenheit der Vaginalschleimhaut die orthopädische Therapie verbietet, jedes Pessar ruft entzündliche Erscheinungen hervor; in anderen Fällen macht eine fehlerhafte Gestaltung der Vagina, mag dieselbe in angeborener Kürze der vorderen Vaginalwand bestehen oder in abnormer Weite und Schlaffheit in Folge vieler Geburten, eine Pessartherapie illusorisch.

Ziehen wir ferner in Betracht, dass bis zur endgültigen Heilung meist viel Zeit vergeht, viel Geduld von Seiten der Patientin erforderlich ist, dass viele Frauen so lange sie ein Pessar tragen müssen, das Gefühl des Krankseins nicht verlieren und bedenken wir, dass bei unvernünftigem Verhalten der Kranken durch's Pessar eine Reihe neuer Beschwerden und Uebelstände geschaffen werden, so können wir uns dem Eindruck nicht verschliessen, dass bei allen guten Resultaten die Pessartherapie nie eine ideale bleiben wird, sondern nur ein Nothbehelf, bis Besseres gefunden.

Seit einer Reihe von Jahren beschäftigt denn auch die Frage nach einer operativen Behandlung der Retrodeviationen die namhaftesten Gynäkologen und sind dieselben bemüht, Methoden zu erfinden, die sicher und für die Patientin ungefährlich dieses Leiden beseitigen. — So finden sich die verschiedenartigsten Vorschläge: die einen erstreben durch Fixirung des Uterus an die vordere Bauchwand — nach vorhergeschickter Laparotomie — eine Correctur der Lageanomalie; die anderen versuchen von der Scheide aus — indem sie den Angriffspunkt bald an den Uterus selbst, bald an seine Befestigungsbänder oder die Scheide verlegen —, die normale Lage herzustellen.

In letzter Zeit sind es besonders die Operationen von der Scheide aus, welche in den Vordergrund getreten, nachdem über die Berechtigung und Indication der Ventrifixation Einigkeit geschaffen.

Sehen wir die Fachblätter der letzten Jahre durch, so finden wir fast in jedem Vorschläge zu solchen Operationen, unter denen besonders 2 Methoden um den Vorrang streiten: die Vaginofixation nach Mackenrodt und nach Dührssen.

Beide erstreben eine Fixirung des Uterus an die vordere Vaginalwand und wird das von Mackenrodt herrührende Verfahren etwa in folgender Weise ausgeführt: Nach Einstellung der herabgezogenen Portio zwi-

schen zwei Seitenhebel, wird etwas über dem äusseren Muttermund ein querer Schnitt bis auf's Collumgewebe geführt, dann unter Anstrammen der vorderen Vaginalwand senkrecht auf den ersten, ein Sagittalschnitt geführt und jetzt nach rechts, wie links ein Lappen abpräparirt. Hierauf wird die Blase, welche von der Scheidenwandung befreit vorliegt, stumpf oder mit dem Messer von der Cervix abgelöst, hoch hinaufgeschoben und die grosse Wundfläche an der Blasenwand durch einige versenkte Catgutnähte verkleinert. Durch die jetzt freiliegende Uteruswand werden über dem inneren Muttermund zwei Silksuturen geführt und am unteren Winkel der Scheidenwunde wieder ausgestossen und so der Uterus an die Scheidenlappen fixirt; der Verschluss der noch übrigbleibenden Wunde erfolgt mit Catgut.

Anders verfährt Dührssen: derselbe führt, nachdem er in gleicher Weise die Portio eingestellt und mittelst Catheter die Blase nach links hinübergedrängt, bloss einen queren Schnitt an der Ansatzstelle des Scheidengewölbes, schiebt dann die Blase vom Uterus ab und fixirt den durch eine Sonde anteflectirten entgegengedrängten Fundus uteri mit drei versenkten sagittal liegenden Suturen (das Herabziehen wird durch drei provisorische quer angelegte Seidenzügel noch vervollständigt), worauf die Scheidenwunde quer vereinigt wird.

Wenn wir jetzt die beiden ebengeschilderten Operationsverfahren vergleichen, so imponirt das Mackenrodt'sche, als das chirurgisch Richtigere, als ein Verfahren, wobei der Operateur jederzeit das ganze Operationsfeld überblicken kann und jede Sutur, jeder Schnitt unter Controlle des Auges geführt wird. Mit Sicherheit können alle Nebenverletzungen der Blase, des Darmes vermieden, eventuell entstehende Blutungen sofort erkannt und gestillt werden. Diese Vorzüge der Mackenrodt'schen Methode haben bei allen Fachcollegen die richtige Würdigung gefunden, denn wie uns die Publicationen der letzten Monate beweisen, ist sie fast ausschliesslich in Anwendung gezogen worden. Ein besonderes Complicirtsein, wie Dührssen u. A. derselben vorwerfen, konnten wir nicht constatiren; die Ablösung der beiden vaginalen Lappen machte nie Schwierigkeiten und war die hierdurch bedingte längere Dauer der Operation durch den Vortheil eines klaren Ueberblickes weit aufgewogen.

Beim Dührssen'schen Verfahren schien uns die Möglichkeit einer Blasenverletzung (durch die Naht) nicht ausgeschlossen und wenn auch solche bisher nicht beobachtet, so hat doch Dührssen selbst ein späteres Einwandern von Fäden in die Blase, wie andere Störungen von Seiten der letzteren gesehen, Unbequemlichkeiten, die bei der Mackenrodt'schen Operation weder von uns noch von Anderen bemerkt worden. Ausserdem wird durch diese Methode keine normale Lage erzeugt, da die Cervix vorne bleibt und nur der Uterus im Winkel geknickt wird, ähnlich wie bei der Schücking'schen Ligatur.

Diese hier angeführten Bedenken waren es, welche uns dazu bestimmten, der Mackenrodt'schen Methode den Vorzug zu geben und hauptsächlich nach derselben zu operiren; noch bestärkt wurden wir darin, nachdem wir uns selbst durch Ausführung der Dührssen'schen Vorschläge davon überzeugt hatten, wie unsauber und unübersichtlich sich dieses Verfahren gegenüber dem gleichzeitig geübten Mackenrodt'schen erwies.

Zur Operation wurden aus dem grossen der Klinik zu Gebote stehenden Material fast nur Fälle ausgewählt, die schon seit längerer Zeit theils stationär, theils ambulatorisch behandelt worden. Fälle, wo wegen der schon Eingangs erwähnten Verunstaltungen der Scheide Pessare sich als insufficient erwiesen hatten, oder wo in Folge unzweckmässiger Stützapparate und Nachlässigkeit der Patientin Decubitusgeschwüre sich gebildet hatten, die in narbige Schrumpfung übergegangen, eine weitere Pessartherapie contraindicirten. In einer dritten Reihe war es die stricte Weigerung der Kranken einen Ring zu tragen, in einer letzten schliesslich die Aussicht, die Retroflexion mit den Complicationen, wie Ectropien, Dammrissen, Endometritiden etc. etc. in einer Sitzung behandeln und corrigiren zu können.

Um uns nun ein sicheres Urtheil über die Leistungsfähigkeit der genannten Operation zu verschaffen, wählten wir nur solche Kranke aus, wo es sich um mobile Retroflexionen handelte; Fälle, wo nachweislich Adhäsionen bestanden hatten, haben wir nur zwei operirt, jedoch können dieselben nicht als adhärente Retroflexionen angesehen werden, da vorher die fixirenden Stränge in zweckentsprechender Weise beseitigt waren.

Bei der einen waren dieselben schon vor 5 Jahren, nach ausgeführter Laparotomie, von Prof. Kuestner mittelst Paquelin gelöst worden, der ventrifixirte Uterus aber bald darauf abgerissen, in die pathologische Stellung zurückgesunken, jedoch jetzt ganz mobil geblieben. Im 2. Fall waren die Adhäsionen durch Schultze'sche Trennung gesprengt worden und der Uterus durch ein Thomas—Pessar in Anteflexion fixirt worden, jedoch verlangte Patientin selbst dringend nach einer Operation, um das Tragen des Pessars zu umgehen.

Ausgeführt wurden an der hiesigen Frauenklinik vom August 1892 bis zum April 1893 im Ganzen 29 Vaginofixationen nach Mackenrodt und sei es mir gestattet, meinem verehrten Chef, Herrn Prof. Kuestner für seine Liebenswürdigkeit zu danken, die mir wiederholt die Operation zuwandte.

Was die Technik der Ausführung der Vaginofixation anlangt, so hielten wir uns anfangs im Allgemeinen an die Vorschriften Mackenrodt's. Die erste Vaginofixation wurde von meinem Vorgänger Dr. Holowko ausgeführt, der dieses Operationsverfahren im Sommer 1892 in Berlin beim Erfinder kennen gelernt und unter seiner Leitung wiederholt an der Leiche ausgeführt hatte. Dieselbe wurde also genau den Angaben Mackenrodt's entsprechend ausgeführt, die fixirenden Nähte dicht über dem inneren Muttermund angelegt. Nach der Operation lag der Uterus leidlich anteflectirt, bei der Controlle 12 Tage später schon ganz fehlerhaft in früherer Stellung.

Da uns die Ursache dieses Misserfolges in der zu wenig hohen Fixirung des Corpus uteri zu liegen schien, änderte Prof. Kuestner bei den darauf folgenden 12 Fällen das Verfahren dahin, dass der Uterus mindestens 1½—2 Cm. über dem inneren Muttermund gefasst wurde, wie es auch nachträglich in der Discussion zum Dührssen'schen Vortrag von Mackenrodt selbst verlangt worden. Dieses controllirten wir stets durch directe Messung, indem wir vor der Operation mittelst Sonde die Länge des Uterus, nach Abschiebung der Blase die Strecke vom äusseren Muttermund bis zur höchsten fixirenden Sutur massen. Rechneten wir jetzt für die gestreckte Cervix 5—6 Cm. von der zweiten Zahl ab, so gab uns die Differenz die Höhe an, in welcher wir das Corpus gefasst hatten.

Ein weiteres Abweichen von der Vorschrift bestand darin, dass wir die Blasenwunde nicht durch versenkte Catgutnähte verkleinerten, sondern uns mit einem möglichst hohen Zurückschieben zufrieden gaben. Das Lostrennen der Blase erfolgte bei Frauen, die geboren hatten, stumpf ohne jegliche Schwierigkeit, dagegen konnte dieselbe bei Nulliparen oft nur mit dem Messer von ihren Haftstellen abpräparirt werden. Die bei einzelnen Fällen erforderliche Verlängerung der vorderen Vaginalwand wurde nicht durch Kolporrhaphie angestrebt, sondern erzielten wir denselben Effect durch eine zweckmässige,

sagittale Vereinigung des ursprünglichen _ förmigen Schnittes etwa in der von Skutsch seiner Zeit angegebenen Weise. Zum Verschluss der noch übrigbleibenden Scheidenwunde wurde stets Catgut genommen und behufs sicherer Fixirung der Portio nach hinten in die Kreuzbeinhöhlung vor dieselbe ein Jodoformgazetampon in die Vagina eingeführt.

Gleich nach Vollendung der Operation wurde dann, ohne dass vorher eine Reposition vorgenommen wäre, die Stellung der Gebärmutter, somit der Effect der Operation, controllirt und fand sich der Uterus stets in schönster Anteflexion, die Portio an der normalen Stelle.

Der Verlauf der Wundheilung war bei sämmtlichen ersten 13 nach dieser Methode operirten Frauen ein tadelloser. Temperatursteigerungen wurden nie beobachtet, ebenso konnten auch weitere Complicationen in keinem Falle nachgewiesen werden.

Auffallend war es stets, wie gut die Blase den immerhin nicht geringen Eingriff vertrug. Keine Patientin hatte irgend welche Blasenbeschwerden, die meisten konnten schon wenige Stunden nach der Operation den Urin spontan entleeren, so dass nur in vereinzelten Fällen catheterisirt werden musste und auch hier nie über 2 mal 24 Stunden.

Die Nachbehandlung war eine sehr einfache; in den ersten drei Tagen musste Rückenlage eingehalten werden, vom dritten an wurde Seitenlage gestattet. Besondere Aufmerksamkeit wurde die ganze Zeit über auf eine möglichst häufige Entleerung der Blase gerichtet und wurden deshalb die Patienten angehalten alle 3 Stunden zu uriniren. Am 8—10 Tage konnten die Kranken aufstehen, es wurde dann die Lage des Uterus controllirt und die Frauen mit der Weisung entlassen, sich nach 3—5 Wochen zur Entfernung der fixirenden Suturen wieder in der Klinik vorzustellen.

Was nun die Resultate in diesen ersten 13 Fällen anlangt, so waren dieselben quoad Heilung und Correctur der Lageveränderung durchaus unbefriedigend.

In sechs Fällen lag der Uterus schon nach 8—10 Tagen, als die Kranken das Bett verliessen, wieder vollkommen retroflectirt, in einem weiteren nach 3 Wochen, in 2 schliesslich nach drei resp. fünf[1]) Monaten.

Diesen 9 Misserfolgen stehen 4 Erfolge gegenüber, von denen 3 vier Monate, einer fünf unter Aufsicht verblieben. Es wurde in diesen 4 Fällen der Uterus stets anteflectirt gefunden, sämmtliche Kranken hatten keine Beschwerden mehr. Die Menorrhagien hatten aufgehört, die Menses waren regelmässig geworden, die Kreuz- und Rückenschmerzen waren verschwunden.

In diesen Fällen war also der Erfolg ein in jeder Richtung befriedigender, womit aber nicht gesagt sein soll, dass sich auch hier keine Recidive einstellen könnten — die Beobachtungszeit von einem halben Jahre ist zu kurz, um ein definitives Urtheil fällen zu können.

Diese Misserfolge verglichen mit den wenigen Erfolgen, welche wir gehabt, hiessen uns bei den weiteren Vaginofixationen Aenderungen im Operationsverfahren anbringen, zu denen jezt auch andere Operateure, ja Mackenrodt selbst gedrängt worden.

Wir konnten nämlich beobachten, dass diejenigen Fälle, wo die Blase höher hinaufgeschoben, somit auch das Corpus uteri höher gefasst worden, gar nicht, resp. später recidiv wurden, als diejenigen, wo die fixirenden Suturen nur wenig über dem inneren Muttermund angelegt worden waren. Aus diesem Grunde modificirten wir das Mackenrodt'sche Verfahren dahin, dass die Blase ganz hoch über die Plica vesico-uterina hinauf abgeschoben und dann 2—3 fixirende Suturen durch die Umschlagstelle des Peritoneums hindurch in's Corpus geführt wurden. Als Material zur Fixirung des Uterus gebrauchten wir nach wie vor Silkworm, welches uns jetzt noch ganz besonders zweckentsprechend erschien, da wir dadurch jegliche Drainage aus der Vagina vermieden, somit mit Sicherheit etwaigen peritonitischen Erscheinungen vorbeugen konnten. Eine festere Verklebung der beiden Flächen der Plica vesico-uterina durch Import reizender Stoffe zu erzielen, erschien nach unseren Erfahrungen bei der Ventrifixation durchaus überflüssig, weil wir unter Anwendung des nämlichen Nahtmaterials stets feste Verwachsungen des Uterus mit dem Parietalperitoneum erzielten. Der übrige Theil der Operation blieb derselbe und wurden keine Aenderungen in diesem wie in der Nachbehandlung vorgenommen.

In dieser Weise wurde 16 mal operirt und waren die Resultate zwar bessere, jedoch noch lange nicht befriedigende zu nennen.

5 Fälle müssen wegen zu kurzer Zeit der Beobachtung ausgeschlossen werden, somit bleiben nur 11 nach, an denen wir die Erfolge controlliren konnten.

In 6 von diesen 11 Fällen lag der Uterus binnen kurzer Zeit wieder retroflectirt, und zwar bei 4 Frauen auch dieses Mal schon nach 10—20 Tagen, bei zwei weiteren nach 5 Wochen. In den übrigen 5, wie auch in den 5 Fällen, die wegen zu kurzer Zeit der Beobachtung ausgeschlossen werden müssen, behielt der Uterus stets die normale Lage und hatten sich auch die Beschwerden wesentlich gebessert. 1 Fall wurde vier Wochen nach der Operation gravid, die Lage der Gebärmutter wurde durch die Schwangerschaft in keiner Weise geändert; die Geburt steht Ende December zu erwarten.

Was den Verlauf der Wundheilung anlangt, so war derselbe auch in dieser zweiten Serie durchaus tadellos. Erscheinungen von Seiten des Peritoneum wurden nie beobachtet und vertrug die Blase diese noch grössere Malträtirung ebenso gut, wie früher; auch dieses Mal konnten alle Frauen schon binnen 24 Stunden spontan uriniren.

Ueberblicken wir jetzt die ganze Reihe der Operirten, so finden wir unter 24 Fällen von Vaginofixation 9 Lagecorrecturen, in den übrigbleibenden 15 lag der Uterus meist binnon kurzer Zeit retroflectirt.

Diese wenig erfreulichen Resultate verglichen mit den glänzenden Mackenrodt's finden ihre Erklärung in der strengen Kritik, die wir bei Controlle der gewonnenen Lage übten. Frauen, bei denen der Uterus nur annähernd retrovertirt lag, wurden von uns unter die Misserfolge aufgenommen, denn wir konnten mit Sicherheit voraussagen, dass hier, wo die vordere Fläche des Uterus dem intraabdominalen Druck ausgesetzt war, die Gebärmutter sich bei etwas längerer Einwirkung dieser und anderer Schädlichkeiten in die fehlerhafte Stellung zurücklegen müsste.

Als Misserfolge galten natürlich alle die Fälle, wo zwar das subjective Befinden der Patientin nach der Operation ein durchaus befriedigendes war, der Uterus aber in Retroflexion lag.

Interessant sind auch die Ergebnisse, die wir beim Vergleich unserer Erfolge mit denen anderer Operateure gewinnen: So können wir in unserer ersten Reihe bessere Resultate aufweisen als Winter, welcher unter seinen ersten 14 genau nach Mackenrodt's Vorschrift operirten Fällen lauter Recidive eintreten sah, ebenso bessere

[1]) Hierzu möchte ich bemerken, dass dieser Fall sich eine Zeit lang der Controlle entzogen hatte, ich somit den Zeitpunkt, wann er recidiv geworden, nicht genau bestimmen kann.

als v. Steinbüchel. Diese Verschiedenheit lässt sich bei Betrachtung der Höhe, in welcher das Corpus fixirt wurde, erklären. Winter und v. Steinbüchel, die sich genau an die ursprünglichen Vorschriften Mackenrodt's hielten, fassten den Uterus näher dem inneren Muttermund, mussten also auch mehr und früher Recidive bekommen, als wir, welche 1—2 Cm. über demselben die fixirenden Suturen durchführten. Mackenrodt dagegen musste mehr Lagecorrecturen erzielen, da er laut Angabe auf dem Congress zu Breslau fast stets durch die Plica vesicouterina gestochen hatte.

In der zweiten Reihe unserer Fälle bleiben dagegen unsere Resultate hinter denen Winter's und v. Steinbüchel's zurück und liegt die Erklärung hierfür vielleicht darin, dass die von ihnen angewandten Methoden weitere Mängel der unsrigen ausschlossen. So verspreche ich mir entschieden vom Vorschlage Winter's, in jedem Falle die Operation mit einer Kolporraphie zu verbinden, den Uterus dicht unter oder am Fundus zu fassen, Vortheil, ebenso auch von der von v. Steinbüchel vorgeschlagenen Verlängerung des sagittalen Schnittes bis tief auf den Harnröhrenwulst herab und Durchführung der beiden fixirenden Suturen wenige Cm. oberhalb der Urethralmündung.

Wenn also die bisher von uns und anderen Operateuren erzielten Resultate nicht zu Gunsten der Operation sprechen, so möchten wir trotzdem noch kein ganz verdammendes Urtheil über dieselbe fällen. Wir wollen darauf hinweisen, dass das Mackenrodt'sche Verfahren der Fixirung des Corpus uteri an die vordere Vaginalwand von allen vaginalen Methoden diejenige ist, durch welche eine natürliche Stellung der Gebärmutter noch am ehesten erzielt werden kann, d. h. die Portio in die Kreuzbeinhöhlung, das Corpus hinter die Symphysis gebracht wird.

Wir constatiren ferner, dass uns diese Operation in Stand setzt, in einer Sitzung neben der Retroflexion die complicirenden Zustände, Cervixrisse, Dammdefecte etc. in entsprechender Weise in Angriff zu nehmen, was bei Anwendung von Pessaren unmöglich ist. Schliesslich haben wir auch noch zu beachten, dass durch dieses Operationsverfahren im Falle eines Misserfolges die Pessartherapie noch immer in Anwendung gezogen werden kann, wir also noch nichts verloren.

So am Schlusse meiner Arbeit angelangt, sei es mir gestattet, die Indicationen anzuführen, wie sie sich nach unseren Erfahrungen für die Mackenrodt'sche Operation ergeben:

1. Indicirt ist die Operation bei allen Fällen mobiler Retroflexion, die durch ein Pessar nicht in normaler Lage zu erhalten sind.

2. Indicirt wäre dieselbe bei allen Fällen von mobiler Retroflexion, welche mit Dammdefecten, Lacerationsectropien, Cervixrissen etc. combinirt sind, wo also der Pessartherapie die Behandlung jener Complicationen vorausgehen müsste.

3. Indicirt wäre das Mackenrodt'sche Verfahren in allen Fällen mobiler Retroflexion, wo das Pessar dauernd getragen werden muss.

Contraindicirt ist dasselbe:

1. bei allen frischen Fällen von mobiler Retroflexion, wo man binnen kurzem von einer Pessartherapie Heilung erwarten kann.

2. bei allen fixirten Retroflexionen.

3. bei Uterus-Prolapsen.

Benutzte Literatur.

1. Dührssen. Ueber operative Heilung der Retroflexio uteri auf Grund von 114 operirten Fällen. Centralbl. 1892 pag. 923.
2. Dührssen. Ueber Vaginofixatio uteri. Centralbl. f. Gyn. Nr. 30. pag. 681–699.
3. Epper, J. Zur Therapie der Retroflexio uteri. Inaug. Diss. Bonn, 1893. Ref. Centralbl. f. Gyn. 93, pag. 662.
4. Fritsch, H. Bericht über die Gyn. Oper. Berlin 1891/92, pag. 184.
5. Fritsch, H. Die Krankh. d. Frauen. Berlin 1892, pag. 219.
6. Gläser, E. Leichenversuche über das Schücking'sche Verfahren der vaginalen Fixation. Centralbl. f. Gyn. 1892, Heft 21, pag. 393.
7. Hofmeier, M. Grundriss d. gyn. Oper. Leipzig 1892, pag. 317.
8. Klotz. Centralbl. 1891, pag. 97. Beitrag zur operat. Behandl. d. Retroflexio uteri.
9. Küstner O. Grundzüge d Gyn. — Jena 1893. pag. 79 u. 88.
10. Lenz, Otto. «Die Aliquié-Alexander'sche Operation etc.» Archiv XLIV, pag. 348.
11. Mackenrodt. Die operative Behandlung d. Retroflexio ut. D. Med. W. 1892, p. 22.
12. Mackenrodt. Zur Therapie d. Retroflexio uteri. Centralbl. f. Gyn. 1892, pag. 479.
13. Mackenrodt. Zur Technik der Vaginofixation. Centralbl. f. Gyn., Heft 29, pag. 665 u. ff.
14. Mackenrodt. Antwort an Herrn Winter. Centralbl. f. Gyn. 1893. Heft 36.
15. Sänger, M. Die operat. Behandlung d. Retrodeviation d. Uterus und Schücking'sche Vaginalligatur. Centralbl. f. Gyn. 1892, Heft 1.
16. Sänger, M. Ueber Retrofixatio colli uteri retroflexi. Centralbl. 1891, pag. 889.
17. Schücking, A. Weitere Erfahrungen über die vaginale Ligatur des Uterus bei Retroflexio und Prolapsus uteri. D. Med. W. 1891, pag. 646.
18. Schücking, A. Centralbl. f. Gyn. 1888. Nr. 12.
19. Schücking, A. Centralbl. f. Gyn. 1890. Nr. 8.
20. Schücking, A. Centralbl. f. Gyn. 1891. Nr. 13.
21. v. Steinbüchel, R. Zur Technik der Vaginofixatio uteri (nach Mackenrodt) Centralbl. f. Gyn., pag. 713 bis 718. Nr. 31.
22. Stratz. Vaginale Operation d. Retroflexio uteri mit Eröffnung des Douglas'schen Raumes. Z. f. Geb. u. Gyn. XXI. Heft 2 und Centralbl. 1891. pag. 1031.
23. Winkel, F. Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Leipzig 1890.
24. Winter. (Zur Technik der Vaginofixatio uteri). Centralblatt f. Gyn. Nr. 27, pag. 625.
25. Winter, Erwiderung an Herrn Mackenrodt. Centralbl. f. Gyn. 1893, Nr. 32.
26. Zweifel, P. Vorlesungen über klin. Gynäkol. 1892, pag 214 u. ff.

Die gegenwärtige Choleraepidemie zu Dorpat (Jurjew).

Nach den auf der Sitzung der Dorpater medicinischen Gesellschaft am 20. Oct. 1893 von den Herren Prof. Körber, Stadtarzt Dr. Weidenbaum, Dr. Kieseritzky und Graubner, Ordinator des Choleralazareths, erstatteten Berichten.

I. Diagnose der Epidemie.

Am 18. Sept. wurde Dr. Weidenbaum officiell in die Lang-Strasse Nr. 46 A zur Feststellung der Krankheit gebeten, an der die Familie Mäggi erkrankt war und fand nur die Leichen der Anna Mäggi 42 a. n. und des Rudolf Mäggi 13 a. n. während 2 Kinder Rosalie und Adele in's Hospital geschafft waren. Eine Meinung zu äussern resp. Diagnose zu stellen war nicht möglich, doch wurden alle Anordnungen getroffen, die bei Cholera angezeigt sind, der Hof wurde desinficirt, die Kleider desinficirt, die Leichen auf den Kirchhof fortgeschafft, das Zimmer wurde gründlich geweisst und auf die Diele gründlich Kalkmilch ausgegossen. Dieselbe Procedur sollte am Abend wiederholt werden und am 3. Tage wurde das Zimmer getüncht und angestrichen. Die Kinder, die vor dem Eintreffen des Herrn Dr. Weidenbaum in's Hospital geschafft waren, hat er nicht gesehen, und die Diagnose war hier nicht gestellt worden, ebenso auch am 19. Sept. nicht. Am 18. Sept. nahm Dr. Ströhmberg in's Hospital auf die am 15. Sept. erkrankte Rosalie Mäggi 4 a. n. und die am 16. Sept. erkrankte Adele Mäggi 1½ a. n. Die Erscheinungen bei Rosalie: Haut an den Vorderarmen bis zur Mitte cyanotisch, übrigens elastisch, nur am Unterleibe Welkheit der Haut bemerkbar, Gesicht kühl, Augen eingefallen, Pupillen eng, Bindehäute beträchtlich injicirt, Muskeln im leichten tonischen Krampfzustande, das Bewusstsein stark getrübt, Puls kaum fühlbar, Herztöne schwach. Im Laufe des Tages häufige Ent-

leerungen von flüssigem, gelblichbraunem Kothe. Am 19. Sept. häufiges Erbrechen 4 Mal am Tage. Allgemeinzustand derselben bessert sich auf kurze Zeit nach warmen Wannen. Das am 20. Sept. erhaltene Resultat der Untersuchungen auf Cholerabacillen ist kein charakteristisches, die Ausleerungen wurden seltener, das Kind erholt sich langsam und wird am 8. October gesund entlassen. Die Erscheinungen bei Adele Mäggi in Bezug auf den Allgemeinzustand und das Nervensystem ganz dieselben wie bei Rosalie, besonders auffallend war die Somnolenz, die leicht gelblich gefärbten Ausleerungen sind für Cholera nicht charakteristisch. Am 20. stirbt das Kind mit der Diagnose Ptomainvergiftung. Bei der Section wird ausser der Anschwellung der Peyer'schen Plaques im Ileum und einer deutlichen parenchymatössen Trübung der Nieren und Leber nichts für die Cholera charakteristisches gefunden. Am 21. Sept. wird der am 12. Sept. in Nowo-Georgiewsk mit Durchfall erkrankte und am 18. Sept. in Dorpat eingetroffene Johann Wälk 27 a. n. in's Hospital aufgenommen, nachdem die am Morgen desselben Tages an ihm von Dr. Kieseritzky beobachteten Erscheinungen der Cyanose und Welkheit der Haut geschwunden waren. Er leidet auch jetzt noch an Durchfall, die Ausleerungen flüssig, von gelber Farbe und deutlich fäcalem Geruch, die erbrochenen Massen grünlich gelb und enthalten abgestossene Epithelzellen und Detritus, im Harn Eiweiss, Spuren von Indican und Harncylinder. Er hat Wadenkrämpfe, die in der Wanne bald schwinden. Das Resultat der bakteriologischen Untersuchung der Ausleerungen negativ, Pat. am 28. Sept. genesen entlassen. Am 23. September wurden in's Hospital aufgenommen der am 19. Sept. an Durchfall erkrankte Johann Johst 63 a. n. wohnhaft in der Malzmühlen-Str. Nr. 48, aber als Arbeiter auf dem Knorring'schen Holzplatz beschäftigt, mit charakteristischen Zeichen der Cholera. Am selben Tage wurde Dr. Ströhmberg in die Lange-Strasse Nr. 46 A zu Ida Ierweots 9 a. n. gerufen, bei welcher ausser den übrigen charakteristischen Symptomen zum ersten Male Reisswasserstühle beobachtet wurden. In beiden Fällen konnte Prof. Körber im Ausstrichpräparat viele Kommabacillen, aber auch anders geformte in grosser Zahl nachweisen. Am anderen Tage konnten aus den am 23. eingelieferten Stühlen Reinculturen von Cholerabacillen aus Bouillon dargestellt werden. Am selben 23. Sept. Abends 11 Uhr wurde der Bruder des oben genannten Johann Wälk Jaan 37 a. n. mit charakteristischen Symptomen des algiden Stadiums der Cholera in's Hospital eingeliefert. Er verstarb am 24. Abends 8 Uhr und die am 25. ausgeführte Section ergab das für Cholera asiatica charakteristische Bild, als reichliche flüssige reisswasserähnliche Massen im Magen und Darm, Oedem der Dünndarmschleimhaut, starke Injection der Gefässe der Darmschleimhaut, Schwellung der solitären Follikel und Peyer'schen Plaques, und tiefgreifende Epithelabstossungen im Dickdarm. Unter dem Mikroskop reichliche abgestossene Epithelzellen und stellenweise fast reine Culturen von Commabacillen in Präparaten, die dem Dickdarm entnommen waren. Am 27. Sept. starb Jaan Jost, bei dessen Section hochgradige Diphtheritis der Dickdarmschleimhaut gefunden wurde.

II. Verlauf der Epidemie.

Nachdem durch die eben angeführten Fälle das Bestehen der Cholera in Dorpat festgestellt worden war, kamen nun weitere Erkrankungen an dieser Seuche vor, und es schien von Wichtigkeit dieselben je nach den Strassen mit Hinzufügung der Anzahl der in jedem Hause Erkrankten chronologisch zu ordnen.

Lang-Strasse Nr. 46 A	7	Erkr.
Rathhaus-Strasse Nr. 35	2	»
Knorrings-Holzplatz	2	»
Lang-Strasse Nr. 48 A	1	»
» » Nr. 43	1	»
» » Nr. 52	2	»
Neu-Strasse Nr. 27	3	»
Lang-Strasse Nr. 23	1	»
» » Nr. 7	1	»
Petri-Strasse Nr. 6	2	»
Lang-Strasse Nr. 10	1	»
Angereist (Kaserne in der Malzmühlen-Str.)	1	»
Annenhofsche Strasse Nr. 19	2	»
Neu-Strasse Nr. 36	8	»
Weiden-Strasse Nr. 2 A	1	»
Lang-Strasse Nr. 34	1	»
Linden-Strasse Nr. 19	2	»
Neu-Strasse Nr. 32	2	»
Fortuna-Strasse Nr. 37	1	»
Neu-Strasse Nr. 33	1	»

Die Choleraepidemie, welche seit 1 Monat in Dorpat herrscht, hat sich bisher nur auf den III. Stadttheil, auf das linke Ufer des Embachs beschränkt und sich hier auch nur an zwei ziemlich scharf umgrenzten Stellen eingenistet. Die ersten zwei Wochen waren es das südöstliche Ende der Lang-Strasse 46A, 48A, 52. 53, Knorring's Holzplatz, die letzten zwei Wochen das südöstliche Ende der Neustrasse und die Linden-Strasse, wo insgesammt in 12 Häusern Cholerafälle vorgekommen sind. Es handelt sich demnach um das Quartal, welches durch den Embach, die Linden-, Neu- und Weidenstrasse begrenzt wird. Innerhalb dieses Quartals ist im Jahre 1870 kein einziger Fall von Cholera vorgekommen, während die benachbarten Fortuna- und Annenhof'sche Strasse das Centrum der damaligen Epidemie darstellten. Das Terrain der diesmaligen Epidemie ist ausgesprochenes Sumpfland ohne genügendes Gefälle. Der Boden ist so wasserreich, dass die hinter den Häusern befindlichen Gärten nicht einmal zum Gemüsebau verwandt werden können. Die Brunnen fehlen in der Fortuna- und Langstrasse mit Ausnahme eines einzigen Grundstückes, aber auch noch in der Neu-Strasse, wo die meisten Häuser wohl einen Brunnen besitzen, werden dieselben nur zum Begiessen der Gärten, zum Waschen, selten zum Trinken benutzt, denn der Wasserspiegel ist oft nur ½ Meter von der Erdoberfläche entfernt und das Wasser hat eine gelbbräunliche Farbe und ca. 200000 Keime in 1 Cbcm. Die Häuser stehen meist auf einem 1 Meter hohen Steinfundamente, da die Frühjahrsüberschwemmung diese Höhe erreicht. Nicht selten sind nun diese Keller zu Wohnungen ausgebaut. Die Höfe sind fast ohne Ausnahme ungepflastert und bei den häufigen Niederschlägen des letzten Monats kaum passirbar. die Abtritte sind wenigstens in einer Beziehung den sanitären Anforderungen viel mehr entsprechend als in der übrigen Stadt, d. i. sie sind stets in einiger Entfernung vom Wohnhause dicht am Garten angebracht. Die Einrichtung der Abtritte ist freilich eine äusserst mangelhafte, indem der Boden und die Wandungen möglichst durchlässig aufgeführt sind, augenscheinlich um die Umkosten für die Ausfuhr zu vermeiden. Die Bewohner des Cholerabezirkes gehören durchweg zur allerärmsten Klasse der Bevölkerung, welche keine feste Anstellung haben, sondern sich als Tagelöhner gerade da verdingen, wo sie sich wenigstens für einen Tag ihr Brod verdienen können. Soweit bisher zu übersehen, scheint ein Zusammenhang zwischen Bodeneigenthümlichkeiten und Cholera nicht zu bestehen, indem dies — wie jenseits des Embachs ganz analoge Bodenverhältnisse vorliegen und dennoch dort kein Fall von Cholera vorgekommen ist. Viel näher liegt die Annahme einer Uebertragung durch das Wasser und zwar in der Lang-Strasse durch das Embachwasser, welches die Bewohner bis zum Ausbruch der Cholera fast ausschliesslich benutzt haben und welches auch jetzt noch trotz Warnungstafeln und trotz der Möglichkeit das vorzüglichste Wasser kostenfrei aus der Post'schen Hefe-Fabrik zu erhalten, noch vielfach gebraucht wird. Das Embachwasser, welches aus der Mitte des Flusses geschöpft nach den Untersuchungen im hiesigen Institut ca. 100000 Keime in 1 Cbctm. enthält, zeigt 800000 — 1½ Mill. Keime, gegenüber der Lang- und Fortuna-Strasse, wo fünf, theils öffentliche, theils private Sielen einmünden. Ob nun durch eine dieser Sielen dem Embach die Cholerakeime übermittelt worden sind, hat sich bisher nicht feststellen lassen. Die Bewohner der Neu-Strasse, welche in den letzten zwei Wochen hauptsächlich das Contingent der Neuerkrankungen geliefert haben, deckten ihren Wasserbedarf zum allergeringsten Theile aus dem Embach, vielmehr genossen einige Ziehbrunnen den Ruf ein besonders gutes Wasser zu liefern, welche bei der bakteriologischen Untersuchung einen Keimgehalt von 2—70000 Keimen in 1 Cbctm. ergaben. Dass Cholerakeime von der Erdoberfläche im Laufe weniger Stunden bis in die Brunnen gelangen konnten, sei es durch directe Zuflüsse aus der Umgebung durch die undichten Brunnenwandungen, sei es durch Vermittelung des Grundwassers. ist verständlich, wenn man das Ansteigen des Wasserspiegels einige Stunden nach einem Regen berücksichtigt. Andererseits muss in den letzten zwei Wochen eine erhöhte Gefahr der Brunneninfection schon deshalb zugegeben werden, weil die Bewohner im ganzen Cholerabezirke, aber auch ausserhalb desselben in Folge der Cholerafurcht die Abtritte gar nicht mehr benutzten, sondern die Excremente an jeder beliebigen Stelle des Hofes absetzten und mit ihren Sohlen über den ganzen Hof ausbreiteten.

Eine directe Infection von Personen, welche mit der Pflege der, zunächst verheimlichten, Erkrankten beschäftigt waren, konnte während des Verlaufes der Epidemie mehrfach constatirt werden, so in der Familie Mäggi, Lang-Str. 46 A, Kinder und Mutter, Rathhaus-Str. 35, Bruder den Bruder, Lang Str. 52 Weib den Mann, Neu-Str. 27 Weib den Mann, Petri-Str. 6 Mann das Weib, Neu-Str. 36 Tochter die Mutter und Geschwister und ebenso die Uebertragung des Krankheitsstoffes von Kindern auf Kinder einer gesunden Familie, die miteinander auf dem Hofe verkehrten Neu Str. 36, Kinder Mälk, die Kinder Riismann, während die Eltern und erwachsene Geschwister der letzteren Familie gesund blieben. Auch eine directe Infection auswärtiger Arbeiter, welche an inficirten Orten arbeiteten, konnte nachgewiesen werden, so die Infection des Jost, wohnhaft Malzmühlen-Str. 48 auf dem Knorringschen Holzplatze, die Infection des Repp Petri-Str. 6, welcher am 29. Sept. als Wasserführer bei der Waschanstalt gestanden hat. Endlich muss noch des schädlichen Einflusses

erwähnt werden, der durch die Abhaltung des stark besuchten Michaelis-Marktes am 29. Sept. bewirkt wurde, es stieg die Erkrankungsziffer nicht nur auf 4 Fälle am 30. Sept., sondern die Erkrankungen betrafen Personen welche notorisch an diesem Tage debauchirt und inficirte Orte besucht hatten. Endlich ist auch auf diesen Tag die Verschleppung der Seuche nach Mittheilung Dr. Ströhmbergs in das Dorf Woronja an der Embachmündung durch einen Bootführer, der in dem verseuchten Hause Lang-Str. 52 abgestiegen war, zurückzuführen. Die zwei vereinzelten ausserhalb des Cholerabezirkes vorgekommenen Erkrankungen sind auf angereiste cholerakranke Soldaten zurückzuführen, so der Fall Wälk Rathhaus-Str, 35 und der Fall in der Kaserne Malzmühlen-Str. 3 aus Plotzk.

III. Behandlung der Epidemie.

Das Hauptziel in der Behandlung einer jeden Choleraepidemie besteht in der Vernichtung des Krankheitsstoffes und müssen zwei Factoren berücksichtigt werden, der kranke Organismus und die von demselben abgesonderten Massen, Erbrochenes und Dejectionen. Auch in Dorpat sind diese beiden Factoren besonders energisch vernichtet worden und ist es wohl dem zuzuschreiben, dass die Epidemie bisher trotz der in jeder Beziehung günstigen Bedingungen keine grösseren Dimensionen angenommen hat. Von Seiten der Stadtverwaltung war für den Ausbruch der Epidemie auf Antrag der Sanitätscommission in beiden Richtungen schon im verflossenen Jahre Rechnung getragen worden, durch Errichtung eines Cholerahospitals und einer Desinfectionscolonne. Die erwartete Epidemie blieb aus, um so unangenehmer wirkten die plötzlich auftretenden zerstreuten, anfangs nicht diagnosticirbaren Choleraerkrankungen, da, wie später erwähnt werden soll, die eingeschleppten Fälle sich der Beobachtung entzogen haben. So konnte erst am 24. September das Cholerahospital und am 26 September die Sanitätscolonne ihre Thätigkeit beginnen, nachdem, wie schon erwähnt, Dr. Ströhmberg die Freundlichkeit gehabt hatte, die ersten zweifelhaften und verdächtigen Cholerakranken im Kreishospital aufzunehmen. Ueber die Thätigkeit des Cholerahospitales wird College Graubner die Freundlichkeit haben das Nähere zu berichten.

In Betreff der Sanitätscolonne muss vor Allem des energischen Eingreifens der Polizei gedacht werden, die mit rigoroser Strenge alle an Cholera Erkrankte, selbst gegen den Wunsch der Angehörigen evacuirte, und von jedem auch nicht choleraverdächtigen Erkrankungsfalle der betreffenden Instanz Anzeige erstattete. An jede Evacuation schloss sich, sobald es möglich war, die Desinfection des Wohnraumes, wobei die Kleider und das Bettzeug der Kranken in mit Sublimat getränkte Säcke verpackt der Dampfdesinfections-Anstalt Hackenschmidt überliefert wurden, während das Stroh und minderwerthige Sachen verbrannt wurden. Die Diele wurde erst mit Sublimatlösung 1:750—1000 besprengt, Bettstellen, Tische, Kasten mit Sublimat und Bürsten abgerieben auf den Hof gebracht, die Wände getüncht mit Kalkmilch, die Diele mit grüner Seife und Sublimat resp. mit roher Carbol-Seifenlösung abgerieben. Die im selben Hause befindlichen Wohnungen wurden derart desinficirt, dass die Wände, Kleider, Bettstellen ordentlich mit Sublimatlösung benetzt und die Dielen mit Sublimat abgerieben wurden. Erbrochenes und Dejectionen im Krankenzimmer wurden mit ungelöschtem Kalke im Ueberschusse vermengt und nach Schluss der Desinfection, ca. 2 Stunden, in den Abtritt gegossen. Endlich hatte Herr Prof. Körber die Freundlichkeit, die Desinfection der Abtritte zu übernehmen, und zwar in der Art, dass mehrmals ungelöschter Kalk in Stücken so lange unter tüchtigem Umrühren des Abtrittsinhaltes zugemischt wurde, bis deutliche alkalische Reaction auftrat. Endlich wurden die verdächtigen Brunnen geschlossen und die Höfe und angrenzenden Zaunpartieen mit Kalk beschüttet.

Zum Schlusse sollen noch einige Bemerkungen über den Beginn und über Abweichungen im Verlaufe der Epidemie angeführt werden. Den vier ersten Erkrankungen in der Lange Str. 46A sind jedenfalls Erkrankungen vorhergegangen, die sich der Beobachtung entzogen haben, da eine Epidemie bei der vorgerückten Jahreszeit kaum mehr erwartet wurde. Hierher gehören zwei Todesfälle von Altgläubigen, de eine am 14. September in der Lange Str. 54, der zweite in der Fortuna-Str. 37, die unter verdächtigen Umständen nach kurzer Krankheit, ohne ärztliche Behandlung gestorben sind. Dass diese beiden Fälle nicht die ersten primären sind, erhellt daraus, dass die betreffenden Personen angeblich Dorpat nicht verlassen haben, sondern hier als Maurer gearbeitet haben. Wahrscheinlich sind die Cholerakeime von einem Angereisten importirt worden, der selbst nur leicht erkrankt, die Keime auf den für die Entwicklung so günstigen Boden deponirt hatte. Möglicherweise sind zwischen der Einschleppung und dem Ausbruch noch andere leichtere Erkrankungen vorgekommen, doch lässt sich nachträglich nichts Genaueres eruiren.

Der zweite Punkt betrifft das Fehlen der sog. Cholerinen, die so gut wie gar nicht in der diesjährigen Epidemie beobachtet worden sind. Als Erklärung kann nur der Umstand dienen, dass sie bei der Scheu der Bevölkerung vor dem Cholerahospital und den sanitären Maassregeln verschwiegen und verheimlicht werden, und nur die schweren, mit starkem Erbrechen und Durchfall verbundenen der Polizei angezeigt werden.

Was endlich die Bevölkerung betrifft, so steht sie allen Anordnungen und Rathschlägen passiv gegenüber, doch sind grobe Ausschreitungen und directe Widersetzlichkeiten nicht vorgekommen.

Referate.

G. Reinbach: Ueber das Verhalten der Leukocyten bei malignen Tumoren. (Archiv für klin. Chir. Bd. 46, Heft 3).

Die werthvolle Arbeit ist auf Anregung von Prof. Mikulicz entstanden und mit Unterstützung von Seiten Professor Ehrlich's ausgeführt. Zunächst führt R. die bisherigen spärlichen Untersuchungen über Blutveränderungen bei Erkrankung an malignen Neubildungen inhaltlich kurz an. Es folgen allgemeine Erörterungen über folgende drei Fragen: 1) Lassen sich bei malignen Tumoren überhaupt morphologische Veränderungen des Blutes erwarten? — 2) Lassen sich Veränderungen erwarten, die speciell für maligne Tumoren charakteristisch sind? — 3) Lassen sich für alle malignen Tumoren Veränderungen erwarten? Die erste Frage bejaht R. auf Grund der in der Literatur vorliegenden Angaben. Die zweite Frage ist nur bedingungsweise in positivem Sinn zu beantworten. Wenn man von der vereinzelten Angabe Lücke's absieht, der in einem Fall von Spindelzellensarkom Spindelzellen im Blut nachwies, ist das Vorkommen von im Blut circulirenden Geschwulstelementen, (im strengsten Sinn wäre nur dieses als speciell für maligne Tumoren charakteristisch zu bezeichnen) nicht beobachtet worden, — wohl weil diese Elemente nur in äusserst geringer Anzahl in das Blut gerathen. Fasst man aber den Begriff «charakteristisch» weiter, bezeichnet man damit Veränderungen, die scharf ausgeprägt, häufig bei Tumoren wiederkehren, ohne Rücksicht auf ihr Vorkommen bei andern Krankheiten, so kann auch die zweite Frage bejaht werden. Was die dritte Frage betrifft, so sind wohl für die Ausbildung von deutlich wahrnehmbaren Blutveränderungen die Schwere der Allgemeinerkrankung (histologisch gleiche Geschwülste können verschieden schwer verlaufen), Alter, Constitution des Pat., Localisation der Neubildung (Befallensein der blutbildenden Organe) von ausschlaggebender Bedeutung. — R. hat bei seinen Untersuchungen sein Hauptaugenmerk auf das Verhalten der Leukocyten gerichtet. Bezüglich der Untersuchungstechnik sei auf das Original verwiesen. R. unterscheidet 6 Arten von Leukocyten: 1) Kleine Lymphocyten; sie sind von der Grösse eines rothen Blutkörperchens rund, mit grossem intensiv färbbaren Kern und feinem nicht granulirtem Plasmasaum. 2) Grosse Lymphocyten; sie unterscheiden sich von den vorigen nur durch etwas grössere Dimensionen und sind sehr selten. 3) Grosse mononucleäre Zellen; 2—3 mal so gross, wie ein rothes Blutkörperchen, oval mit grossem schwach färbbarem Kern, reichlichem nicht gekörntem Protoplasma. 4) Uebergangsform von der vorigen zur folgenden Art; der Kern ist eingebuchtet, nieren- oder bohnenförmig. 5) Polynucleäre Zellen; mit 2—4 kleinen Kernen, das Protoplasma aus dichter neutrophiler Körnung bestehend. 6) Eosinophile Zellen. Das normale Verhältniss dieser Zellarten zu einander ist nach Ehrlich:

Gruppe	5	— 70 pCt.
»	1 und 2	— 20 »
»	3 und 4	— 6—8 »
»	6	— 2—4 »

Die Zellen der Gruppe 1 und 2 stammen aus dem Lymphdrüsenapparat, die übrigen aus Milz und Knochenmark.

Nach diesen einleitenden Angaben kommt R. zu seinem eigentlichen Thema. Er hat das Blut von 40 an malignen Tumoren leidenden Patienten untersucht. Der Hämoglobingehalt war in allen Fällen herabgesetzt; die rothen Blutkörperchen waren morphologisch selten verändert: es fand sich 5 mal Poikilocytose. Was die Leukocyten betrifft, so fand sich das Verhältniss der einzelnen Arten zu einander 11 mal nicht von der Norm abweichend, in allen andern Fällen waren entweder die polynucleären Zellen auf Kosten der Lymphocyten vermehrt oder es fand das umgekehrte Verhältniss statt. Am häufigsten und am stärksten ausgeprägt waren die Veränderungen bei den Sarkomkranken: von 20 Fällen zeigten 16 abnorme Verhältnisse, während von 16 Carcinomkranken 10 ein abweichendes Verhalten aufwiesen. Bei den Sarkomkranken entsprechen die Blutveränderungen nicht immer der Schwere der Allgemeinerkrankung — relativ leichte Fälle wiesen zuweilen hochgradige Blutanomalien auf. Bei Carcinomkranken dagegen scheint im Allgemeinen die Schwere der Blutveränderungen parallel der Schwere des

Allgemeinleidens zu gehen. In einem Theil der untersuchten Fälle liess sich der Blutbefund durch Ausschaltung eines Abschnittes des hämopoetischen Systems erklären (Verminderung der Lymphocyten bei Affection der Lymphdrüsen), in andern Fällen aber waren gerade bei ausgedehnten Lymphdrüsenerkrankungen die Lymphocyten vermehrt. Dieses letztere Verhalten ist wohl durch Störungen in den Regulirungsapparaten zu erklären, die normaler Weise nur eine bestimmte nöthige Menge von Blutelementen aus den blutbereitenden Organen in die Circulation gelangen lassen, bei krankhaften Zuständen aber eine Ueberschwemmung des Blutes mit solchen Elementen gestatten (Leukämie). — Als Resultat der Untersuchungen ergiebt sich also kurz das häufige Vorkommen pathologischer Blutveränderungen bei bösartigen Geschwülsten, der besonders starke, vielleicht specifische Einfluss der Sarkome auf das Blut, ein wesentlicher Unterschied im Abhängigkeitsverhältniss der Blutveränderung vom Allgemeinleiden bei Sarkom und Carcinom. Endlich scheinen unter den Sarkomen einzelne Klassen unterscheidbar zu sein, «deren Charakteristicum ausser andern bisher unbekannten Momenten in der Blutveränderung zu suchen wäre».

Wanach.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

A. Baer: Der Verbrecher in anthropologischer Beziehung. Leipzig, G. Thieme, 1893. 456 S.

Nach Lombroso's «L'Uomo delinquente» ist Baer's Werk die hervorragendste Erscheinung auf dem Gebiete der criminellen Anthropologie. Es ist berufen eine entscheidende Umwälzung in den auf Lombroso's Lehren fussenden Anschauungen herbeizuführen. Baer bringt es als Frucht vieljährigen Studiums, das er als Arzt an grossen Straf- und Gefangenanstalten, gegenwärtig am Strafgefängniss Plötzensee bei Berlin, dem Verbrecher in morphologischer und psychologischer Beziehung gewidmet hat. An der Hand seines Materials (968 Untersuchte) und der mit peinlichster Sorgfalt benutzten Literatur bekämpft und widerlegt Baer die von Lombroso aus seinen Untersuchungen gezogenen Schlüsse, sowie die von ihm und der sog. positiven Schule verfochtenen Lehren. Den trotz alledem bleibenden Verdiensten Lombroso's zollt Baer vollste Anerkennung. Er fasst seine Ergebnisse in folgenden Worten zusammen: «Das Verbrechen ist nicht die Folge einer besonderen Organisation des Verbrechers, einer Organisation, welche nur dem Verbrecher eigenthümlich ist, und welche ihn zum Begehen der verbrecherischen Handlungen zwingt. Der Verbrecher, der gewohnheitsmässige und der scheinbar als solcher geborene, trägt viele Zeichen einer körperlichen und geistigen Missgestaltung an sich, diese haben jedoch weder in ihrer Gesammtheit noch einzeln ein so bestimmtes und eigenartiges Gepräge, dass sie den Verbrecher als etwas Typisches von seinen Zeit- und Stammesgenossen unterscheiden und kennzeichnen. Der Verbrecher trägt die Spuren der Entartung an sich, welche in den niederen Volksklassen, denen er meist entstammt, häufig vorkommen, welche, durch die socialen Lebensbedingungen erworben und vererbt, bei ihm bisweilen in potenzirter Gestalt auftreten. Wer die Verbrechen beseitigen will, muss die socialen Schäden, in denen das Verbrechen wurzelt und wuchert, beseitigen, muss bei den Feststellungen der Strafarten und bei ihrem Vollzuge mehr Gewicht auf die Individualität des Verbrechers als auf die Kategorie des Verbrechens legen». — Das hochbedeutsame, fesselnd geschriebene und tadellos ausgestattete Buch ist Jedem, der socialen Fragen Interesse entgegenbringt, warm zu empfehlen.

Michelson.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 11. Mai 1893.

Herr Lunin hält einen zum Druck bestimmten Vortrag «über einen Fall von Lymphosarkom der retroperitonealen Lymphdrüsen bei einem zweijährigen Kinde».

Sitzung am 21. September 1893.

1. Herr Natanson stellt einen (zur Veröffentlichung bestimmten) Fall von einseitiger Sehnervenatrophie infolge von Schädelverletzung (Basisfractur) vor: Der 20jährige Pat. war aus einer Höhe von 11 Faden herabgestürzt; mit welchem Körpertheil er zuerst aufgeschlagen, liess sich nicht feststellen; 4 Tage lang war er bewusstlos. Blutung aus dem linken Ohr, Suggillation der Augenlider rechts. Als er wieder zum Bewusstsein gekommen, bemerkte Pat., dass das rechte Auge erblindet war und dass er mit dem linken Ohre schlechter hörte. Ausserdem hatte er wahrscheinlich eine Beckenfractur davongetragen. An den Weichtheilen des Kopfes und am Schädel sind keine Spuren einer Verletzung nachzuweisen. Das linke Auge ist durchaus normal mit vollem Sehvermögen. Das rechte Auge zeigt äusserlich nichts Abnormes, freie Beweglichkeit, Pupille weiter als links, reagirt nicht direct, nur consensuell; brechende Medien klar; der Augenspiegel zeigt das Bild einer einfachen Sehnervenatrophie (Papille sehnig weiss, scharf begrenzt, Gefässe wenig verengt, sonst unverändert); am übrigen Augenhintergrunde keine Veränderungen; V=0. Am linken Ohr Einziehung des Trommelfelles, keine deutliche Spur einer Narbe; Otitis media, Betheiligung des inneren Ohres ausgeschlossen (Dr. Lunin); Pat. hört mit dem linken Ohr die Taschenuhr in 15 Cm., mit dem rechten in 1,5 Meter. Es muss eine Läsion des rechten Sehnerven im Canalis opticus durch eine an dieser Stelle verlaufende Fissur des Orbitaldaches angenommen werden. Die Blutung aus dem linken Ohre weist auf eine Fortsetzung der Fissur bis zum linken Felsenbein hin; letztere verlief also von rechts vorn nach links hinten. Auf Grund des v. Wahl'schen Gesetzes über den Verlauf der indirecten Fissuren der Schädelbasis ist anzunehmen, dass Pat., nachdem er mit dem Becken den Boden berührt, nachträglich mit der rechten vorderen Kopfhälfte aufgeschlagen ist. Vortr. erläutert diese Ausführungen durch die in den einschlägigen Arbeiten von Greiffenhagen, Knorre und Prof. Körber vorhandenen Abbildungen.*)

Herr v. Schroeder theilt im Anschluss hieran zwei analoge, (gleichfalls zur Veröffentlichung bestimmte Fälle) mit:

I. 37-jähr. Arbeiter erhielt von einer sich rasch drehenden Winde einen Schlag gegen den äusseren obern Rand der rechten Orbita; Bewusstlosigkeit, Blutung aus der Nase, Schwellung des rechten oberen Lides. Als Pat. nach Abschwellung des Lides das rechte Auge wieder öffnen konnte, bemerkte er, dass dasselbe erblindet war. Ausser einem dumpfen Druckgefühl im Kopf keine cerebralen Erscheinungen. Linkes Auge normal bei gutem Sehvermögen. Rechtes Auge: über der Augenbraue aussen eine frische, zum Theil adhärente Hautnarbe, der knöcherne Orbitalrand unverändert; das obere Lid hängt etwas niedriger herab als das linke, mässiger, nicht pulsirender Exophthalmus, der Bulbus steht etwas tiefer als der linke. Aeussere Theile des Bulbus normal, Pupille etwas enger als die linke, reagirt direkt auf Lichteinfall garnicht, consensuell und bei Accomodation des linken Auges, resp. Convergenz, kaum merklich, wird durch Atropin maximal erweitert. Ophthalmoskop. Befund: Papille ganz blass, bei normalem Verhalten ihrer Gefässe (einfache Sehnervenatrophie). V=0. Die Beweglichkeit des Bulbus ist nach allen Richtungen beschränkt, nach aussen ganz aufgehoben. Wahrscheinlich hat auch hier eine Läsion des Sehnerven durch eine Fissur im Foramen opticum stattgehabt, doch ist es immerhin möglich, dass das Auge auch in Folge einer Blutung in die Orbita und einer Entzündung des orbitalen Zellgewebes erblindet ist; dass solche Vorgänge stattgefunden, beweisen der noch bestehende Exophthalmus und die Unbeweglichkeit des Bulbus.

II. 40-jähr. Mann, erhielt einen heftigen Schlag mit einem Pfahl gegen die rechte Seite des Schädels; Bewusstlosigkeit, Blutung aus Mund, Nase und rechtem Auge. Bei Wiederkehr des Bewusstseins bemerkte Pat. die Erblindung des rechten Auges. Ausser Kopfschmerz und Schwindel keine Hirnsymptome. Am rechten Tuber frontale, etwas nach aussen oben von demselben, kleine, vernarbende Hautwunde, keine Knochendepression; alte Suggillationen an Schläfe, Lidern und Wange der rechten Seite. Linkes Auge normal, bei gutem Sehvermögen. Rechtes Auge äusserlich normal, Pupille weit, reagirt nicht direct auf Licht, wohl aber consensuell. Ophthalmoskop: Sehnerven-Papille etwas blasser, Gefässe derselben etwas enger als links. V=0. Beweglichkeit des Bulbus normal. Einige Wochen später war die Sehnervenatrophie am rechten Auge vollständig ausgesprochen. Angriffspunkt und Richtung der verlaufenden Gewalt, Blutung aus Nase und Mund und Erblindung des rechten Auges liessen hier eine Läsion des Sehnerven durch Basisfractur bereits diagnosticiren, bevor noch der Augenspiegel eine Veränderung am Sehnerv selbst erkennen liess; die später eintretende Sehnervenatrophie konnte mit Sicherheit erwartet werden. Forensisch ist dieser Fall dadurch interessant, dass die Läsion des Sehnerven das Vorhandensein einer Basisfractur und mithin die Schwere der Verletzung beweist.

Herr Blessig erwähnt zweier kürzlich beobachteter, einander sehr ähnlicher Fälle von retrobulbärer (orbitaler) Verletzung (Zerreissung?) der Sehnerven. In beiden Fällen war die Verletzung durch eine

*) cfr. Natanson: Zur Casuistik der Sehstörungen nach Kopfverletzungen (St. Petersb. med. Wochenschrift 1889 № 21) und Schroeder: Drei Fälle von primärer einseitiger intracranieller traumatischer Abducenslähmung (ibid. 1891. № 44).

spitze, zweizinkige Ofengabel gesetzt worden, deren eine Spitze am inneren Augenwinkel in die Orbita eingedrungen war; in beiden Fällen war das betreffende Auge vollständig erblindet und zeigte der Augenspiegel anfangs leichte Blässe und ziemlich intensive Trübung der Papille, später das Bild einer einfachen Sehnervenatrophie bei normalem Verhalten der Netzhautgefässe. Die Läsion der Sehnerven (Zerreissung oder Quetschung?) musste also hinter der Eintrittsstelle der Centralgefässe in den Sehnerv stattgefunden haben. Derartige Fälle sind gleichfalls von Interesse für die gerichtsärztliche Expertise.

Herr Graf Magawly erinnert sich dreier Fälle von retrobulbärer (orbitaler) Schussverletzung beider Sehnerven durch Schuss gegen die Schläfe, mit momentaner doppelseitiger Erblindung. In zwei Fällen handelte es sich um in selbstmörderischer Absicht gegen die Schläfe abgegebene Revolverschüsse, im dritten um einen im Kriege erlittenen Gewehrschuss. Der letztere Fall ist von v. Oettingen in dessen Arbeit über Schussverletzungen des Sehorgans mitgetheilt. M. erwähnt bei dieser Gelegenheit auch der von Lehmann ausgeführten experimentellen Durchschneidungen des Sehnerven (Experimenta quaedam de nervi optici dissecti ad retinae texturam vi et effectu. Diss. Dorpat. 1857).

2) Herr Wanach stellt eine Patientin des städtischen Peter-Paul-Hospitals vor, an welcher er vor etwa 4 Wochen die Gastrostomie wegen carcinomatöser Oesophagusstenose ausgeführt hat, und bespricht bei dieser Gelegenheit die Technik der Operation. Um die Uebelstände einer Insufficienz der Magenfistel zu beseitigen, und die unzuverlässigen Obturatoren entbehren zu können, sind mehrfache Modificationen der ursprünglichen Operation vorgeschlagen worden: Hacker führte den Schnitt zwischen den Fasern des M. rectus abdominis, um durch die Wirkung der letzteren einen muskulösen Verschluss der Fistel zu erzielen, Girard löste zu demselben Zwecke zu beiden Seiten des Schnittes Muskelstreifen ab, die er miteinander kreuzte, um so eine Art Schliessmuskel zu bilden. Hahn verlegte die Magenfistel in den VIII. Intercostalraum damit sie von unnachgiebigen Theilen umgeben wäre und also nicht sehr gross werden könnte, doch kam dabei Nekrose des IX. Rippenknorpels vor, ein jedenfalls sehr unerwünschtes Ereigniss. Witzel (Centralbl. für Chirurgie 1891.) verwandelte die Fistel in einen Canal mit ventilartigem Verschluss, indem er zwei Falten der Magenschleimhaut über einem in die Gastrostomiewunde eingeführten Drainrohr vernähte. Das neuerdings von Ssabanejew (Chirurgitscheski westnik 1893) angegebene Verfahren besteht darin, dass der zur Fistelanlegung bestimmte Magenzipfel unter einem Weichtheilstreifen durchgeführt wird, welch' letzterer einen Druck auf die Fistel ausüben soll. Vortr. hat nun die Methode von Witzel in drei Fällen anzuwenden Gelegenheit gehabt und ist mit dem Resultat in Bezug auf die Function der Fistel sehr zufrieden.

Fall I. Mann, Carcinom im untern Theil des Oesophagus; Operation am 26. Juli unter Cocain. Fistelcanal 4 Ctm. lang; sogleich Fütterung, erster Verband nach 4 Tagen, Entfernung der Nähte (welche übrigens durchgeschnitten hatten) nach einer Woche. Die Fistel schloss gut. Pat. starb nach 2 Wochen an Erschöpfung.

Fall II. Frau, in extremis, Carcinom am Anfang des Oesophagus; Fistelcanal 4 Cm. lang; nach der Fütterung traten Durchfälle ein; die Fistel liess trotz Hustens nichts austreten; Tod am 4. Tage post operat. an Erschöpfung.

Fall III betrifft die hier vorgestellte Patientin. Schluckbeschwerden bestehen seit dem Mai, das Passagehinderniss liegt 30 Cm. hinter den Schneidezähnen. Diagnose: Carcinom des Oesophagus; Operation am 20. August; die Fistel schliesst gut, das Drainrohr wird jetzt nur noch zur Fütterung eingeführt; trotz der Nahrungszufuhr nimmt das Körpergewicht nicht zu, es sind Knöcheloedeme und Husten eingetreten.

Zum Schluss demonstrirt Vortr. die Präparate der Magenfisteln von den beiden erstgenannten Fällen.

3. Herr Bidder berichtet in Kürze über folgenden Fall von Uterusruptur inter partum und demonstrirt das durch Laparotomie gewonnene Präparat:

36 jährige Frau mit platt-verengtem Becken, hat 7 mal geboren (1 mal spontan, 6 mal mit Hilfe der Zange). Die Ruptur trat Abends, 2 Stunden nach erfolgtem Blasensprung bei einer Gesichtslage ein. Nach Perforation und Extraction des Kindes wurde ein Riss im Cervix constatirt, doch konnte von der Operation zunächst Abstand genommen werden, umsomehr, als durch den Riss keine Darmschlingen gefühlt wurden, das Peritoneum also intact sein mochte. Am nächsten Morgen wurde dennoch wegen beginnender peritonitischer Erscheinungen zur Laparotomie geschritten. In der Bauchhöhle fand sich viel Blut. Die vordere Lippe des Cervix war total von der Vagina abgerissen. Die hintere Lippe wurde nach Anlegung des Schlauches gleichfalls abgetragen, hierauf vordere und hintere Scheidenwand mit einander vernäht. Der Zustand der Pat. ist augenblicklich nicht schlecht. Die Ruptur war offenbar spontan eingetreten und wohl durch praeexistirende Veränderungen im Gewebe des Uterus und der Vagina begünstigt.

Secretär: E. Blessig.

Vermischtes.

— Die hiesige chirurgische Pirogow Gesellschaft hat in ihrer Sitzung am 20. October den Ober-Medicinalinspector der Flotte, Leibarzt Dr. Kudrin zum Ehrenmitgliede erwählt.

— Der Präsident des Medicinalraths, Dr. Paschutin, ist von der Gesellschaft der Aerzte Ostsibiriens zum Ehrenmitgliede gewählt worden.

— Am 14. October beging der Oberarzt des I. Stadthospitals in Moskau, wirkl. Staatsrath Dr. Ernst Klin, sein 25-jähriges Amtsjubiläum, bei welcher Gelegenheit ihm zahlreiche Ehrenbezeugungen und Aufmerksamkeiten seitens der Stadt Moskau, der Moskauer medicinischen Facultät, der Moskauer Kliniken, der Collegen und Untergebenen zu Theil wurden. Die Aerzte und Apotheker des ihm unterstellten Hospitals brachten dem Jubilar ein goldenes Jeton dar, die externen Aerzte, sowie auch die Angestellten des Hospitals überreichten ihm Adressen. — Dr. Klin bekleidet neben seinem Amt als Oberarzt noch die Stellungen eines Consultanten bei den Moskauer Anstalten der Kaiserin Maria und eines berathenden Mitgliedes bei der Medicinalverwaltung der Stadt Moskau.

— Sowohl die Berliner medicinische Gesellschaft, als auch die dortige anthropologische Gesellschaft haben es sich nicht nehmen lassen, das 50-jährige Doctorjubiläum ihres verdienstvollen Präsidenten Prof. Virchow durch eine Nachfeier im Schoss der Gesellschaft zu begehen, nachdem derselbe sich der officiellen Feier am Jubiläumstage selbst entzogen hatte. Die physiologische Gesellschaft in Berlin hat ebenfalls Prof. Virchow ihre Huldigung zum 50-jährigen Doctorjubiläum dargebracht, indem sie ihn zu ihrem Ehrenmitgliede ernannt hat. Professor Virchow ist das erste Ehrenmitglied dieses seit einigen Jahrzehnten bestehenden hochangesehenen wissenschaftlichen Vereins.

— Befördert: Zum Staatsrath — der Divisionsarzt der 38. Infanterie-Division, Dr. Brandt.

— Verstorben: 1) Am 6. October in Nishne-Dewizk der dortige Kreisarzt Alexei Nikoljukin im 32. Lebensjahre an Phthisis. Der Verstorbene, welcher im Jahre 1885 den Arztgrad in Moskau erlangte und successive in verschiedenen Orten prakticirte, genoss allenthalben den Ruf eines herzensguten Menschen und gewissenhaften Arztes. 2) In Sengiler (Gouv. Simbirsk) der Landschaftsarzt Casimir Radsiminski welcher erst vor 7 Monaten den Cursus an der Universität Kasan absolvirt hatte an Diphtherie, die er sich bei der Behandlung von Kranken zugezogen hatte. 3) In Ufa der dortige Arzt Nikolai Tschubowski, welcher sich in einem Anfall von Irrsinn erschossen hat. 4) Am 14/26. October in Berlin im 74. Lebensjahre Dr. Julius Berg, der im Sommer regelmässig als Badearzt in Reinerz wirkte, über welches er eine Reihe von medicinischen Berichten veröffentlicht hat. 5) In Wiesbaden der frühere Marburger Professor Dr. Ernst Frerichs (ein Neffe des verstorbenen berühmten Berliner Klinikers gleichen Namens) am Herzschlage im 41. Lebensjahre. Vor ca. 5 Jahren gab der Verstorbene seine Lehrthätigkeit in Marburg auf und liess sich als praktischer Arzt in Wiesbaden nieder. 6). Auf seinem Schlosse Brion der bekannte Pariser Chirurg, Prof. Léon Le Fort, Vicepräsident der Pariser medicinischen Academie, im Alter von 63 Jahren am Schlage.

— Dr. Alexander Hippius, dessen Tod wir vor Kurzem meldeten, stammte aus Estland, wo er im Jahre 1851 geboren wurde. Nachdem er kurze Zeit in Dorpat studirt, ging er 1870 zur medicinischen Facultät der Moskauer Universität über, an welcher er 1875 den Arztgrad erlangte und hierauf als Arzt im Wladimir-Kinderhospital und an der Realschule in Moskau wirkte.

— Der Nestor der Carlsbader Badeärzte, Hofrath Dr. v. Hochberger, feierte am 3/15. October seinen 90. Geburtstag, bei welcher Gelegenheit derselbe Gegenstand vielfacher Ovationen war. Die Stadt war beflaggt und es wurde dem Jubilar ein Fackelzug und eine Serenade dargebracht.

(Allg. med. C.-Ztg.)

— Die Adresse des Cassirers des Organisationscomités für den V. Congress der Gesellschaft russischer Aerzte, Dr. Woronichin ist: St. Petersburg, Kabinetskaja № 2 (nicht № 20, wie in № 42 der Wochenschrift, pag. 383 angegeben ist).

— Zum Nachfolger des in den Ruhestand getretenen Professors der Geburtshülfe und Gynäkologie, Dr. John Williams in London, ist Dr. Herbert R. Spencer ernannt worden.

— Die Examina zur Erlangung des Arztgrades vor der Regierungscommission beginnen an

der Wladim ir-Universität in Kiew am 1. November und werden bis zum 20. December dauern. Zum Präses der Commission ist der Charkower Professor Dr. Brujew (Syphilidolog) ernannt worden. Zum Examen haben sich gegen 150 Personen gemeldet, welche den Cursus im Mai und December des vorigen Jahres absolvirt haben.

— Die in diesem Jahre verstorbene Gattin des Privatdocenten der militär-medicinischen Academie Dr. N. J. Tschistowitsch hat in hochherziger Weise zu Gunsten der medicinischen Haupt-Unterstützungskasse die Hälfte ihres Gutes (449 Dessjatinen im Gouv. Kiew) testamentarisch vermacht, mit der Bestimmung, dass von den Zinsen des durch den Verkauf der Ländereien erzielten Capitals Unterstützungen an nothleidende Aerzte und deren Familien, und zwar vorzugsweise an Aerzte, welche auf dem Lande prakticirt haben, ertheilt werden. Wie bereits festgestellt ist, fliesst der Unterstützungscasse durch dieses Vermächtniss ein Kapital von 37,500 Rbl. zu. (Wr.)

— Der Professor der Gynäkologie und Geburtshülfe an der Moskauer Universität, Dr. A. M. Makejew, hat zum Bau einer Kirche bei den neuen Universitätskliniken auf dem Jungfernfelde in Moskau 100,000 Rbl. gespendet.

— Zum ersten Prosector des I. anatomischen Instituts der Berliner Universität ist nach dem Tode Prof. Hartmann's der bisherige zweite Prosector Prof. Dr. Hans Virchow (bekanntlich ein Sohn Rudolf Virchow's) ernannt worden.

— Der finnländische Senat hat für die an dem bevorstehenden V. Congress Russischer Aerzte in St. Petersburg theilnehmenden Aerzte eine Preisermässigung der Fahrkarten um 50-pCt. auf den finnländischen Eisenbahnen bewilligt.

— In England sind, wie British Medical-Journal» berichtet, in kurzer Zeit vier Aerzte an der Diphtherie gestorben, welche sie in ihrer Praxis sich zugezogen hatten. In Russland ist solches nicht selten der Fall; so starb im Anfang dieses Monats in der Stadt Sengilei (Gouv. Simbirsk) der junge Landschaftsarzt Radsiminski an der Diphtherie, welcher Krankheit kurz vorher auch sein Studiengenosse, Chrenow, ebenfalls Landschaftsarzt in Sengilei, erlegen war. Beide hatten sich bei ihren Patienten inficirt.

— Auf Ansuchen des Chefs der militär-medicinischen Academie sind besondere Jetons (Gold mit Email) für die Aerzte, welche in der genannten Academie ihre Ausbildung erhalten haben, bestätigt worden.

— Der hiesige Aerzteclub hat in diesem Herbst ein neues Quartier bezogen. Der Mitgliedsbeitrag ist zwar von 40 auf 20 Rbl. herabgesetzt, doch sind für den Besuch des Clubs von nun an recht rigorose neue Regeln eingeführt worden. Den neuen Bestimmungen zufolge haben das Recht zum Besuch des Clubs allein die Mitglieder und ihre Gäste, die nicht Aerzte sind. St. Petersburger Aerzte können in keinem Falle Gäste, sondern nur Mitglieder des Clubs sein. Auswärtigen Aerzten, welche nicht ihren beständigen Wohnsitz in St. Petersburg haben, wird das Recht eingeräumt, gegen eine Zahlung von 3 Rbl. pro Monat Gäste des Clubs zu sein.

— Die «Gesellschaft der Aerzte in Wien», welche bereits 56 Jahre besteht, hat vor Kurzem ihr neu errichtetes prunkvoll ausgestattetes Heim bezogen, dessen Baukosten zum grossen Theil durch Beiträge der Mitglieder und Spender beschafft worden sind. Das Gebäude ist mit den Statuen des Aesculap, der Hygiea, Minerva und des Apollo geschmückt und enthält ausser dem grossen Sitzungssaal stattliche Räume für die 25,000 Bände zählende Bibliothek, Lese-, Arbeits-, Conversations- und Rauchcabinets, sowie ein Sitzungszimmer für den Verwaltungsrath. Am 15/27. October erfolgte die feierliche Eröffnung mit einer der Bedeutung des Augenblicks entsprechenden Ansprache des Präsidenten der Gesellschaft, Professor Billroth, dessen Initiative die Gründung des Baues hauptsächlich zu verdanken ist. Den Schluss des Festabends bildete ein Vortrag Prof. Puschmann's über «Aerztliches Vereinswesen in alter und neuer Zeit».

— Am 13/25. October beging die «Societé de chirurgie» zu Paris das 50-jährige Jubiläum ihres Bestehens. Die Festsitzung fand unter dem Ehrenvorsitz des Dr. Marjolin statt, der seinerzeit zu den Gründen der Gesellschaft gehörte. Nach einer Ansprache des d. Z. Präsidenten Prof. Verneuil verlas Dr. Monod eine geschichtliche Skizze des Vereins.

— Die Choleraepidemie in Russland nimmt nur sehr allmählich ab. Am ärgsten herrscht sie noch immer in Podolien, wo in 3 Wochen (vom 26. Septbr. bis 16. Octbr.) 829 Personen erkrankten und 343 starben, sowie in Wolhynien, wo in derselben Zeit 380 Erkrankungen mit 169 Todesfällen vorkamen. Es folgen dann die Gouvernements Lomsha (vom 10.—16. October 205 Erkrankungen mit 97 Todesfällen), Kiew (2.—16. October 309 Erkr., 131 Todesf.) und Ssamara (10.—16. Oct. 202, resp. 112). Mehr als 100 Erkrankungen in der Woche kamen noch in den Gouvernements Orel, Taurien und Tula vor. In den Gouvernements Pskow, Nowgorod und Kostroma ist die Epidemie erloschen. In Livland erkrankten vom 10.—16. October 48 Personen und starben 27. In Riga ist die Cholera seit dem 5. October aufgetreten. In Jurjew (Dorpat) sind am 26. October 9 Kranke in Behandlung verblieben. In St. Petersburg ist zwar eine Abschwächung der Epidemie zu constatiren, doch weist die letzte Woche eine etwas grössere Zahl von Erkrankungen gegenüber der vorhergegangenen Woche auf. Vom 21.—27. October Mittags erkrankten hierselbst 65 Personen, genasen 45, starben 34 und verblieben am 27. Oct. in Behandlung 66 Personen, während in der Vorwoche die entsprechenden Zahlen 60, 82, 35 und 80 betrugen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 23. October d. J. 5943 (14 mehr als in der Vorwoche), darunter 361 Typhus — (10 wen.), 689 Syphilis — (19 mehr), 59 Scharlach (10 mehr), 18 Diphtherie — (1 wen.), 26 Masern — (1 mehr), 17 Pocken — (3 mehr) und 69 Cholerakranke — (30 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Im Kreise Berdjansk (Taurien) sind 2 Landschaftsarztstellen erledigt. Gehalt 1200 R. jährlich und 200 R. Quartiergeld. Nach 5 Jahren wird die Gage um 200 R. erhöht. Adresse: «Бердянская Земская Управа».

2) Für den Flecken Nowoarchangelsk im Gouvernement Chersson wird ein freiprakticirender Arzt gesucht. Nähere Auskünfte ertheilt der örtliche Apotheker.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 17. bis 23. October 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
228	170	398	74	13	58	8	4	13	46	35	53	32	32	24	6	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 9, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 4, Scharlach 7, Diphtherie 3, Croup 6, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 13, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 32, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 60, Tuberculose anderer Organe 4, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 15, Krankheiten des Verdauungscanals 25, Todtgeborene 27.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 2. November.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 22. November.

ICHTHYOL

Dasselbe wird von Klinikern und vielen Aerzten auf's wärmste empfohlen und steht in Universitäts- sowie städtischen Krankenhäusern in ständigem Gebrauch. Wissenschaftliche Abhandlungen über ICHTHYOL nebst Receptformeln versendet gratis und franco die

Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermanni & Co.,

Hamburg. (65) 12—7

GASTEINER **Thermalwasser - Versendung** durch die k. u. k. Th.-Quell.-Verwalt. zu **Bade-** (Thermalbäder im Hause) und **Trink-zwecken** (für Orte mit schlechtem Trinkw.) in à 65, 3 u. 1 Lit.-Geb. Auftr. u. Antr. zu richten a. d. Generalvertr. **Dr. Sedlitzky, Salzburg** (115) 3—2

SAN-REMO: Dr. Richard Steinberg eh. Spitalarzt in Wien.

Das Handelshaus
ALEXANDER WENZEL

St.-Petersburg, Gorochowaja 33.

Lieferant für Apotheker, Hospitäler, Drogueisten, Regimenter und viele Landschaften

Engros Lager.

Verband Mittel: für Bandagen, Brüche, Wachstuch, Schwämme, Pinsel, Barometer, Maximal-Zimmer u. Fenster-Thermometer, Areometer. Spiritometer, Brillen, Conserven, Pince-nez, Binocle, Theater-Lorgnetten, Katheter, Harnröhrsonden. Pulverisatore zur Erfrischung und Desinficirung der Zimmer.

Instrumente: für Amputationen, zum Verbinden für Resectionen, für Hebammen u. s. w. Arzenei und Feldscheer-Geräthe, Zähneschlüssel Zangen und Zubehör. Veterinar-Instrumente und Schienen.

Kopf und Zahnbürsten, Guttapercha und Hornkämme. Zubehör für Massage. Pulver ohne Geruch von Satow für Desodorationen und Gruben-Ausscharren. Waterclosets u. m. Andere.

Illustrirte Preiscourante werden gratis zugesandt. (57) 12—7

SCHERING'S PEPSIN-ESSENZ

nach Vorschrift von Dr. **Oscar Liebreich**, Professor der Arzneimittellehre an der Universität zu Berlin. (14) 11—10

Schering's Grüne Apotheke, Berlin N.

Niederlagen in fast sämmtlichen Apotheken und Droguenhandlungen.

C. REICHERT, Wien, VIII, Bennogasse 26.

Specialität: **MIKROSKOPE** 1-er Qualität. (103) 7—3

Dr. Navratil's Sanatorium

in Gries bei Bozen.

Süd-Tirol.

Für Lungenkranke, Herzleidende, Reconvalescenten etc. Sonnige, windgeschützte Lage. Terraincuren. Hydrotherapie.

Auf Wunsch Prospecte und jegliche Auskunft. (109) 4—2

Zu haben bei den Droguisten und Apothekern.

Man verlange Saxlehner's Bitterwasser.

(90) 26—22



Die Freunde unserer Quelle werden gebeten beim Einkaufe auf die hier beigedruckte Schutzmarke (Portrait) zu achten.

Eigenthümer: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Sophie Jordan, Вас. Остр., 10 лин. д. 11, кв. 9.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ, д 9, кв. 9.

Fr. **Amalie Schulze**, Офицерская 55/17. кв. 93.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Вѣра Андрѣевна Скорлигина, Невскiй пр. д. 98, кв. 6.

M. Winkler, Соляной пер д. 4. кв. 11.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.

Frau **A. Wiander**, Вас. Остр. 7 л. д. 9, кв. 6.

Frau **Marie Kubern**, Мойка 84, кв. 19.

Antoinette Lücke, Невскiй пр., 32/34, кв. 13.

Marie Mohl, В. О. 1. л. д. 44 кв. 3.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп. д. 5, кв. 18.

Hierzu als Beilage ein Prospect betreffend: Paul Blaschke's «Deutsch-Russischen Lazareth-Sprachführer».

Дозв. ценз. Спб. 30 Окт. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 45 St. Petersburg, 6. (18.) November 1893

Casuistische Mittheilungen

aus dem Deutschen Alexander-Hospital für Männer.

IV. Ein primäres Sarkom des Magens.

Von

Dr. H. Westphalen.

Prosector.

M. H.! Es sei mir heute gestattet, Ihnen über eine in hohem Grade seltene Geschwulst des Magens — ein primäres Sarkom dieses Organes — zu berichten. Durch eine glückliche Verkettung der Umstände gelang es uns schon intra vitam die richtige Diagnose zu stellen, die auch theilweise durch eine geplante, aber nicht ausgeführte Resection der Geschwulst, sowie post mortem durch die Section und nachfolgende mikroskopische Untersuchung erhärtet wurde.

Die ersten Aufzeichnungen über das Leiden des Pat. verdanke ich der Liebenswürdigkeit des Collegen Dr. Baron Maydell in Reval, welcher mir auch den Kranken zugesandt hat.

Zwecks genauerer Untersuchung veranlasste ich den Pat. zu uns in das Alexanderhospital für Männer einzutreten.

Hierselbst habe ich am 2. Febr. a. c. folgende Notizen in dem Krankenbogen gemacht.

Pat. angeblich gerade ein Jahr krank, leidet hauptsächlich an intensiven Schmerzen im Epigastrium, welche ganz willkürlich und unabhängig von dem Essen auftreten, bald vor der Mahlzeit, dann wieder 6—7 Stunden nach derselben, gelegentlich auch einmal in der Nacht beobachtet werden.

Zuweilen habe es dem Pat. auch geschienen, als ob die Schmerzen durch Anfüllung des Magens mit compacter oder flüssiger Kost gelindert würden. — Magenspülungen, welche er bei Dr. v. Maydell in Reval practicirt, hätten keinen Nachlass der Schmerzen bewirkt.

Zuweilen kommt es zum Erbrechen, namentlich am Morgen früh, wobei dann etwas Schleim und saure Flüssigkeit entleert wird. Theile einer Tags zuvor genossenen Mahlzeit sind im Erbrochenen niemals beobachtet worden. Im Uebrigen bestehen Ructus ohne jeden unangenehmen Beigeschmack, kein Sodbrennen, früher starke Salivation, die nunmehr aufgehört hat. Da Fleisch und grobe Amylaceen am schlechtesten vertragen werden, so hat sich Pat. ausschliesslich von leichten Mehlspeisen genährt. Darmfunction stark constipirt.

Vor 7 Jahren, als Pat. in Deutschland beim Militär stand, hat er recht viel Bier (10—15 Gl. tägl.) getrunken. In letzter Zeit sehr mässiger Alkoholgenuss.

Vor 4 Jahren Gonorrhoe, von $1\frac{1}{2}$—2 Monate langer Dauer. Vor 4 Jahren Lues.

In dem ersten Jahre der Krankheit hat Pat. 73 Pf. an Körpergewicht verloren.

Stat. praes. Grosser hochaufgeschossener Mann von 28 Jahren. Relativ guter Ernährungszustand. Keine auffallende Anaemie.

Nervensystem, Circulations- und Respirationsorgane unverändert.

Bei Palpation des Abdomen bemerkt man in Horizontallage des Pat. in der linken Hälfte des Epigastrium eine undeutliche respiratorisch verschiebliche Resistenz. Dieselbe begrenzt sich mit scharfem Rande nach unten ca. 4 Querfinger breit oberhalb des Nabels und verliert sich scharfrandig unter dem linken Rippenbogen. Sie bewirkt daselbst eine mit der Leberdämpfung zusammenfallende Dämpfung und scheint von der Milz durch einen Streifen tympanitischen Schalles getrennt zu sein. Nach rechts reicht die Resistenz bis an die Medianlinie und scheint daselbst in einen Fortsatz auszulaufen; nach oben verliert sich die Härte ganz allmälich und lässt eine genauere Begrenzung nicht zu.

Was nun die Entstehungszeit des Tumors anbetrifft, so giebt Pat. mit Sicherheit an, dass er das erste Auftreten der Geschwulst mit Beginn seiner subjectiven Beschwerden vor 1 Jahre bemerkt habe. In der Folge hatte sie sich nur langsam vergrössert. Zeitweise könne er die Härte gar nicht fühlen, zu Zeiten springe sie deutlich in die Hände.

Die untere Grenze des leergespülten Magens findet sich $2\frac{1}{2}$ QF. über dem Nabel. Bei 1 Glase Inhalt — $1\frac{1}{2}$ QF. über dem Nabel, bei 2 Glas — gerade in Nabelhöhe, bei 3 Glas. $\frac{1}{2}$ QF. unter dem Nabel. Bei diesem Füllungszustande des Magens in Horizontallage des Kranken deutlich Plätschern, welches 3 QF. über dem Nabel beginnt und bis zu 1 QF. unter demselben herabreicht. Mithin handelt es sich hier nicht um Dilatation, sondern um Tiefstand des Magens.—Motilität des Magens. Nach vorausgegangener Leerspülung des Magens werden von 100 Ccm. eingeführten Mandelöls 60 Ccm. in den Darm entleert.

$6\frac{1}{2}$ Stunden nach Leube's Probemittag finden sich im Magen noch Spuren von Fleisch. Amylaceen vollständig verdaut.

Resorption des Magens. KaJ. nach 1/4 Stunde im Speichel.

Chemismus des Magens. 1 Stunde nach Ewald's Probefrühstück können nur geringe Mengen von Mageninhalt exprimirt werden, da sich das Sondenfenster in einemfort mit Nahrungsbröckeln verstopft. — Das Nahrungsgemisch zeigt neutrale Reaction, enthält kein Rhodankali.

Bei einer zweiten Expression gelingt es etwas mehr Inhalt zu erhalten. Die Nahrung ist relativ wenig umgewandelt und in reichliche Mengen zähen Schleimes eingehüllt.

Reaction neutral, Peptonreaction positiv, desgleichen auch die Zuckerreaction. Rhodankali nicht vorhanden.

Mikroskopisch nichts Abnormes.

Urin spec. Gewicht 1010.
Reaction sauer.
Albumin 0
Zucker 0.
Indican nicht vermehrt.
Chloride anscheinend normal.

Faeces ohne Helminthen-Eier.

Temp. normal.

An Leber und Milz normale Verhältnisse.

Eine Diagnose konnte auf diesen Befund hin nicht gestellt werden, da wir vor allen Dingen nicht im Stande waren, uns über die Zugehörigkeit der Geschwulst zu irgend einem Organ und über den Charakter der Härte ein Urtheil bilden zu können. Infolgedessen konnte auch keine planmässige Therapie eingeschlagen werden, und waren wir auf ein exspectatives Verhalten und eine rein symptomatische Beeinflussung der Leiden des Pat. angewiesen.

Der weitere Verlauf bis zum 2. März entsprach vollständig den Angaben des Kranken. Das Körpergewicht sank in 1 Monat um 6 Pf. herab.

Am 2. März findet sich die Notiz: Tumor entschieden gewachsen und härter geworden, respiratorisch verschieblich, nahe der vorderen Bauchwand belegen, birnförmig, nach unten scharfrandig, nach oben höchst undeutlich begrenzt. Der Tumor verliert sich nach links unter dem Rippenbogen, bewirkt daselbst eine Dämpfung, welche in die Herzleberdämpfung übergeht. Von der Milz ist der Tumor abgegrenzt durch eine Zone hellen tympanitischen Darmschalles. Bei Umlagerung des Pat. verändert der Tumor seine Lage nicht. Nach Aufblähen des Magens mit Luft, weicht die Härte etwas nach oben. Eine Expression des Mageninhaltes 1 St. nach Genuss von 1 1/2 Glas Thee ohne Zucker und 3 Albertbisquits hat folgendes Resultat: Mageninhalt recht eingedickt. Congo, Phloroglucin-Vanillin, Eisenchloridreaction negativ. Zucker und Pepton vorhanden. Ges. Ac. (A) = 16.

nach Lüttke und Martius: a (Gesammtchlor) = 50
b (anorg. geb. Chlor.) = 11
a—b (secern HCl.) = 39

Da aber a—b > A, so muss ein Beobachtungsfehler vorliegen.

Bis zu diesem Momente waren wir in unserer Diagnose zweifelhaft. Zu Anfang wurden verschiedene Hypothesen erwogen. Zunächst wurde gedacht an einen abgeschnürten linken Leberlappen — dagegen sprach der Mangel einer grösseren Beweglichkeit des Tumors. Weiter kam die Annahme eines grösseren Gummas der Leber an die Reihe und es wurde KaJ. ordinirt, trotzdem wuchs die Geschwulst und nahm das Körpergewicht ab. Mithin hatten wir es augenscheinlich mit einem malignen Gebilde zu thun, welches entweder der Leber oder dem Magen angehörte und in letzterem Falle an der vorderen oder hinteren Wand oder an der grossen Curvatur des Organes belegen sein musste. Das Fehlen der HClreaction sprach in hohem Grade für die Localisation am Magen, wenngleich auch andererseits daran festgehalten werden muss, dass eine Functionsuntüchtigkeit des Magens, bis zu vollständiger Atrophie der Mucosa selbst bei malignen Tumoren entfernterer Organe stattfinden kann. Musste es nun mithin auch wahrscheinlicher sein, dass unser Pat. der Träger einer Geschwulst am Magen war, so verlangte eine präcisere Diagnose auch die Feststellung des näheren Charakters dieser Neubildung.

Zunächst kam noch die Unterscheidung in Frage gegenüber der Cirrhosis ventriculi, die bekanntlich in hohem Grade befähigt ist, einen Tumor vorzutäuschen. Wir liessen jedoch diese Muthmaassung gleich fallen, da wir uns davon überzeugen konnten, dass sowohl Schleimabsonderung als auch Pepsinverdauung in dem Magen nachgewiesen werden konnten, vor allen Dingen aber eine Verkleinerung des Organes mit Sicherheit auszuschliessen war.

Die progressiv zunehmende Abmagerung und Schwäche des Pat., die Abnahme des Körpergewichtes wiesen darauf hin, dass die Neubildung im Magen eine maligne sein musste, ein Sarkom oder Carcinom, eventuell ein destruirendes Adenom, welches ja selbst histologisch dem Carcinom unendlich nahe steht. Bei der Seltenheit anderweitiger Tumoren war das Carcinom das wahrscheinlichere und doch sprach Manches dagegen, so namentlich das Alter des Kranken. Allerdings kommt ja dem Alter in dieser Hinsicht nur eine relative differential-diagnostische Bedeutung zu. Ich selbst habe vor Kurzem ein notorisches Magencarcinom bei einem 31-jährigen Manne beobachtet. Auch finden sich Angaben in der Literatur, welche Magencarcinome selbst bei Kindern zum Gegenstande haben. Gegen Krebs sprach aber auch weiter der Verlauf der Krankheit. Derselbe entsprach so gar nicht dem Bilde, welches uns sonst bei Magencarcinomen geläufig ist. Bei einjähriger Dauer des Leidens, hätten wir jedenfalls — sollte es sich um einen Krebs handeln, — Ulceration des Tumors erwarten müssen, während hier absolut kein Anhaltspunkt für eine solche Annahme gegeben war.

Die Diagnose war mithin immer noch in suspenso, da kam uns ein unerwarteter Zufall zu Hilfe.

Am 4. März liess ich Pat. ein Glas Eiswasser trinken und exprimirte nach 1 Stunde den Mageninhalt. Die so gewonnene Flüssigkeit hatte neutrale Reaction. Aber in derselben fand sich ein kleines Gewebsstück mit anhaftenden Blutresten. Dieses Stück habe ich, nach oberflächlicher Untersuchung in frischem Zustande, gehärtet, in Celloidin eingebettet und an Schnittpräparaten untersucht. Hierbei stellte sich nun folgendes heraus: Wir hatten es mit einem Gewebe zu thun. Dasselbe bestand aus zahlreichen kleinen einkernigen runden Zellen, die theilweise direct neben einander lagen, theilweise durch ein anscheinend bindegewebiges Reticulum mit einander verbunden waren. Daneben erkannte man auch einige runde grössere Zellen mit bläschenförmigen Kernen. Ausserdem fanden sich noch vereinzelte mehrkernige Leukocyten, welche aber keinerlei Zusammenhang mit dem übrigen Gewebe darboten. Da Drüsenschläuche vermisst wurden, so konnte dieses Gewebe nur einer Neubildung entstammen. Bei der histologischen Deutung derselben konnte es sich nur handeln um eine Granulationsgeschwulst (vielleicht Gumma) oder um ein Rundzellensarkom. Gegen die erstere Deutung sprach besonders das Vorhandensein der runden Zellen mit bläschenförmigen Kernen. Auf diese mikroskopische Untersuchung hin, wurde nunmehr unsere Diagnose folgendermassen formulirt: **Sarkom der vorderen oder hinteren Wand oder der grossen Curvatur des Magens, katarrhal. Schwellung der Mucosa. Insufficienz der HClsecretion, beginnende Insufficienz der Motilität des Magens.** (Eine am 4. März vorgenommene Prüfung hatte ergeben, dass nur 27 pCt. Oel in 2 Stunden aus dem Magen in den Darm gebracht wurden).

Mit dieser Diagnose war auch die Indication für unser Handeln gegeben. Dasselbe konnte nur in einer Entfernung der Geschwulst bestehen. Ob die Ausführung einer solchen Operation thatsächlich möglich war, war eine zweite Frage, die allerdings bei der grossen räumlichen Ausbreitung der Geschwulst sehr erwägenswerth sein musste, aber jedenfalls erst nach Eröffnung der Bauchhöhle entschieden werden konnte. In jedem Falle war aber ein operatives Vorgehen bei der Aussichtslosigkeit einer anderen Therapie einerseits und bei der nachge-

wiesenen Ungefährlichkeit einer Probelaparotomie andererseits, vollkommen gerechtfertigt.

Daraufhin wurde auch nach einer Vorberathung mit Dr. Selenkoff und mit Zustimmung des Chefarztes Dr. Moritz am 14. März die Laparotomie an unserem Patienten durch Dr. Selenkoff ausgeführt.

Ueber die Operation entnehme ich dem vom Collegen Dr. Fick geführten Krankenbogen: «Operation in Cocain-Chloroformnarkose. Der Magen kann erst nach Anlegung eines seitlichen Schnittes durch den M. rect. sin. und auch dann nur mangelhaft vorgewälzt werden. Es erweist sich, dass der grösste Theil des Magens (Fundus. vordere und hintere Wand) ganz diffus von einem ziemlich derben Tumor eingenommen wird. Derselbe betrifft vorwiegend die hintere Magenwand und lässt sich von dieser, von dem Pylorus beginnend der grossen Curvatur folgend, bis zur Cardia verfolgen. Besonders derb ist der Tumor im Fundus des Magens. Die vordere Magenwand ist im Fundustheile ebenfalls ergriffen und auch näher zum Pylorus findet sich ein ziemlich isolirter Knoten von ca. Wallnussgrösse». Da dieser colossalen Ausbreitung der Neubildung wegen eine Resection unmöglich erschien, eigentlich der ganze Magen hätte entfernt werden müssen, so wurde die Bauchhöhle wieder geschlossen. Nach der Operation leichter Collaps. 2 Stunden nach der Operation continuirlich ziehende Schmerzen und paroxysmenartige Cardialgien. Morphiuminjection, keine Uebelkeit.

15—21. März normaler Wundverlauf. Als Complication zu dem Leiden des Pat. traten am 21. März noch Diarrhoen hinzu, welche bis zum Tode des Pat. anhielten. Zum Schlusse wurde bei dem Kranken noch eine linksseitige Pleuritis constatirt.

Am 17. April Exitus letalis.

Am 18. April führte ich die Section aus. und entnehme dem Protocoll auszugsweise folgendes:

Leichte bindegewebige Adhaesionen zwischen den Bauchdecken im Bereiche der Operationsnarbe einerseits und zwischen Netz und Leber andererseits. Im kleinen Netz eine Anzahl stecknadelkopf- bis erbsengrosser hirnmarkähnlicher Knötchen, daneben ein grösserer auf der Schnittfläche gelatinös erscheinender Tumor von Wallnussgrösse. Der Magen von normaler Grösse, an seiner hintern Fläche mit der Leber und Milz fest verwachsen. Cardia und Pylorus von normaler Weite. Die Magenwand fast überall verdickt, die musculöse Structur stellenweise vollkommen verwischt und durchsetzt von hirnmarkähnlichen und gelatinösen Partien. Vielfach prominiren die Geschwulstknoten gegen das Innere des Magens, sind stellenweise von einer stark geschwollenen sammetartig beschaffenen vielfach ecchymosirten Mucosa überzogen. An andern Stellen finden sich auf der Kuppe der Geschwülste meist kreisrunde flache Schleimhautdefecte. Nur an einer Stelle greift ein solches Geschwür mehr in die Tiefe und dringt bis gegen die Serosa vor.

Von anderweitigen Veränderungen fanden sich bei der Section rechts und links in der Lunge multiple, vielfach confluirende lobuläre Pneumonien, die rechts eine soeben erst frisch entstandene, links eine schon vorgeschrittenere serös-fibrinöse Pleuritis bewirkt hatten. Im obern Ileumende und im Jejunum war die Schleimhaut normal, im peripheren Abschnitte des Ileum. sowie im Colon finden wir lebhaften Katarrh der Schleimhaut mit starker Ecchymosirung der Schleimhaut und vermehrter Schleimabsonderung, sowie zahlreichen sog. katarrhalischen Geschwüren. Dazwischen zeigte die Schleimhaut beginnende Atrophie. Die Mesenterialdrüsen waren vergrössert, von homogener blasser Schnittfläche.

Bei der mikroskopischen Durchmusterung der Praeparate aus verschiedenen Regionen des Magens, sowie des grösseren Knotens im kleinen Netze erhielt ich überall übereinstimmende Bilder, welche vollständig dem Typus eines Myxosarkoms entsprachen. Zunächst fanden sich Partien von rein myxomatösem Charakter. Sie bestanden aus einer durch die Alkoholhärtung feinkörnig und feinfaserig coagulirten Intercellularsubstanz mit relativ spärlichen runden und sternförmig verästelten Zellen. Solche Partien gingen dann weiter durch Vergrösserung und Vermehrung ihrer zelligen Bestandtheile in rein sarkomatöse über. Hinsichtlich der Zellenform entsprach dieses Gewebe vollkommen dem Rundzellensarkom. An vielen Stellen hatte das Sarkom die Submucosa und die Muscularis vollkommen durchwachsen und substituirt. An mehreren Stellen ist auch die Mucosa vollständig in der Neubildung aufgegangen, derart, dass das Sarkom direct an das Innere des Magens heranreicht und hier augenscheinlich unter der verdauenden Wirkung des Magensaftes zerfallen ist. Gelegentlich begegnet man noch innerhalb des Sarkoms Resten von Drüsenkörpern. Wo die Mucosa noch erhalten ist, da erscheint sie meist kleinzellig infiltrirt, zeigt jedoch unter Verlust der Drüsen zahlreiche Uebergänge in Atrophie und Narbenbildung.

In dem soeben geschilderten Befunde haben wir es mit einer überaus seltenen Geschwulstform des Magens zu thun. Gegenüber der enormen Verbreitung des Magencarcinomes ist das Vorkommen des primären Sarkoms des Magens ein höchst seltenes zu nennen. Dieses erhellt am besten aus einer Zusammenstellung aller bisher beschriebenen Fälle von nachweislich primärem Sarkom des Magens. Bei der Durchmusterung der Jahresberichte von Virchow-Hirsch gelang es mir nur 5 einschlägige Fälle aufzufinden. Sie finden sich in den Beschreibungen von Cayley[1]), Habershon[2]), Legg[3]), Brodowski[4]) und Weissblum[5]).

In allen diesen Fällen wurde die genauere Natur des Tumors erst durch die Section erkannt. In diagnostischer Beziehung dürfte unser soeben mitgetheilter Fall der erste sein.

Referate.

Stabsarzt Wernicke: Behring's Serumtherapie bei Tetanus. (Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1893, Heft 4).

Verf. hat im November 1892 mit Hr. Dr. Knorr im hygienischen Institut Versuche gemacht, und zwar dienten 70 Mäuse als Object. Das verwendete Serum hatte einen Immunisirungswerth von 1:10 Millionen; es stand eine Tetanusbouilloncultur vom 15. September 1892 zur Verfügung, von welcher die tödtliche Minimaldosis, d. h. diejenige Dosis, welche ausgewachsene Mäuse in 3—4 Tagen unter den Erscheinungen des Tetanus tödtete, 0,0001 Ccm. betrug.

Nach Behring (sein Buch: das Tetanusheilserum und seine Anwendung auf tetanuskranke Menschen) liegt folgendes Resultat vor:

1) Für einen erwachsenen Menschen reichen bei nicht zu raschem Verlauf 100 Ccm. zur Heilung aus.

2) Es sollen bei einem Erwachsenen innerhalb 24 Stunden an fünf Stellen je 20 Ccm. injicirt werden, bei Personen unter 16 Jahren je 10 Ccm. und bei solchen unter 6 Jahren je 5 Ccm. Als Injectionsstellen sind zu wählen die beiden Bauchseiten, die beiden Brustmuskeln, eventuell die Oberschenkel. Die Spritze ist vor dem Gebrauch zuerst mit Alkohol und dann mit Aether zu reinigen, ebenso die Körperoberfläche an der Injectionsstelle.

Das Serum enthält 0,5 pCt. Carbolsäure, welche reactionslos resorbirt wird und keinerlei ungünstige Nebeneinwirkung hat.

Vor der Behandlung sind durch Venaesection 20 Ccm. Blut in einem mit Korkstopfen zu verschliessenden Glasgefäss aufzufangen, in welchem am Boden 0,5 Ccm. Chloroform liegen müssen. Ebenso sollen 100 Ccm. Harn vor der Behandlung in einer Flasche, die 1 Ccm. Chloroform enthält, aufgefangen werden. Das Blut und der Harn dienen zur bakteriologischen Untersuchung, ebenso 20 Ccm. Blut und 100 Ccm. Harn, die am 6. Tage nach Beginn der Behandlung aufzufangen sind. (Verfasser bittet Blut und Harn nebst einem kurzen Bericht über den Krankheitsverlauf ihm zur bakteriologischen Untersuchung zusenden zu wollen p. Adresse: Stabsarzt Wernicke Berlin. Klosterstrasse 36. Das Serum kann auch vom Berichterstatter erhalten werden).

Grimm.

---

[1]) Cayley. Sarcoma of stomach Transact. of the path. soc. XX. 1870.

[2]) Habershon. On some obscure forms of abdominal diseases. Guy's Hosp. Rep. XVI. 1871.

[3]) Legg. Sarcoma of stomach fibro-cystic degeneration of the ovaries. St. Barthol. Hosp. Rep. X. 1874.

[4]) Brodowski: Ein ungeheures Myosarkom des Magens nebst secundären Myosarkomen der Leber. Archiv für pathol. Anatomie und Physiologie. 67. 1876.

[5]) Weissblum. Ueber primäre und secundäre Magensarkome. Diss. Greifswald 1886.

G. Wolzendorff: Der Aderlass. (Deutsche Medicinal-Zeitung 76. 1893).

Vor Alters hat der Aderlass bekanntlich eine grosse Rolle gespielt, zur Blüthezeit der griechischen Heilkunst wurde derselbe mit Vorliebe gehandhabt. Mit dem Verfall der Medicin im Mittelalter fällt der maasslose Missbrauch des Aderlasses zusammen, wo «jährlich mehrmals die Ader geschlagen werden musste.» Doch bestand diese Richtung zum Glück nicht vor dem Wechsel der Meinungen, dem wie so mancher therapeutische Eingriff, auch die Venaesectio unterworfen war. — In der Jetztzeit ganz in Vergessenheit gerathen, will Verf. den Aderlass vor gänzlicher Nichtbeachtung retten.

Wird dieser Eingriff vornehmlich bei Pneumonie, Kohlenoxydgasvergiftung, Eklampsie, Apoplexie, Herzfehlern etc. vorgenommen, so lenkt Verf. die Aufmerksamkeit auf die Anwendung der Venaesectio bei der Chlorose, die auch schon früher, im 18. Jahrhundert, Gegenstand der Aderlass-Therapie gewesen. Der Nutzen wird von Scholz auf die depletorische, deviatorische Wirkung auf Herz- und Gefässsystem zurückgeführt; dazu soll durch Herabsetzung des Blutdrucks eine vermehrte Flüssigkeitsaufnahme aus dem vorhandenen Säftevorrathe erfolgen, damit wird das strotzend gefüllte Unterhautzellgewebe entlastet, die Circulationsverhältnisse gebessert. Ausserdem ist eine Erhöhung der Eiweisszersetzung und Zunahme des Fettansatzes beobachtet worden.

Lingen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

M. Lange: Vademecum der Geburtshilfe. Königsberg, Beyers Buchhandlung 1893.

In neuester Zeit sind die meisten medicinischen Disciplinen in kurzen Bearbeitungen in Form von Repetitorien, Vademecum etc. erschienen. Im vorliegenden Büchlein liegt uns gleichfalls ein solches vor. — Was dasselbe vor allen Dingen auszeichnet, ist planmässige Uebersicht: zusammengedrängter und übersichtlicher kann der reichhaltige Stoff in 211 Seiten nicht behandelt werden. Bei jedem einzelnen Kap. werden die in Betracht kommenden aetiologischen Verhältnisse, Symptome, Complicationen, Folgezustände, therapeutische Eingriffe etc. meist in Lapidarstyl aber für den Zweck des Büchleins in genügender und präciser Weise namhaft gemacht, manches Mal nur aufgezählt. Der Studirende mag mit der Schwierigkeit zu kämpfen haben, das Wesentliche vom Unwesentlichen zu trennen.

Etwas ausführlicher werden die geburtshilflichen Operationen und die Lehre vom engen Becken behandelt. Uterusirrigationen bei Endometr. septica beschränkt Verf. nur auf Fälle, bei denen zersetzte Placentartheile oder Eihautreste in grösserem Umfang in der Gebärmutter sich finden. Gewöhnlich sind die Infectionserreger schon zu tief gedrungen, als dass eine desinficirende Ausspülung dieselben entfernen könnte. Die Gefahren (Embolie, Aufnahme von Spülflüssigkeit in die Venen) sind grösser als die Vortheile. Dreiste Alkoholgaben und Bäder sind noch die wirksamsten Factoren der Pyämiebehandlung (Runge). Recht abfällig urtheilt Verf. über die Symphyseotomie. — An geeigneten Stellen ist der Text durch 17 Abbildungen bereichert.

Lingen.

Hartmann: Krankheiten des Ohres. Berlin, Fischer 1892.

Von den Lehrbüchern der Ohrenheilkunde hat wohl das von A. Hartmann in Berlin verdientermassen die weiteste Verbreitung gefunden. Bei dem im Verhältniss zu den übrigen speciellen Lehrbüchern der Ohrenheilkunde geringen Umfang desselben sind die einschlägigen Fragen mit ausserordentlicher Klarheit und besonders für den praktischen Arzt auch mit genügender Ausführlichkeit behandelt. In die nunmehr erschienene fünfte Auflage dieses Handbuches sind wiederum die durch die fortschreitende Entwicklung der Ohrenheilkunde erforderlichen Abänderungen und Ergänzungen aufgenommen und eine grössere Anzahl von Abbildungen neu hinzugefügt. So sind in den Abschnitten über die Entzündung des äusseren Gehörgangs und die acute Entzündung des Mittelohrs die neueren Untersuchungen über die Bedeutung der Bakterien eingehender berücksichtigt. Die tuberculöse Mittelohrentzündung, eine öftere Begleiterscheinung der Lungentuberculose, welche in den früheren Auflagen keine Besprechung gefunden hat, ist in der neuen Auflage in ihren Hauptsymptomen geschildert. In dem Abschnitte über die Hörprüfung mit der Sprache sind die Untersuchungen von O. Wolf mit der Flüstersprache in ausführlicherer Weise wiedergegeben. Behufs der histologischen Untersuchung des Labyrinthes ist in einem besonderen Abschnitte die Anleitung zur Conservirung eines aus der Leiche frisch entfernten Schläfenbeines gegeben worden. Verfasser geht dann ausführlicher auf die Aetiologie des Cholesteatoms ein und schildert zwei von ihm angegebene Operationsmethoden zur Freilegung des Kuppelraums und des Antrum mastoideum. Durch die erwähnten Ergänzungen hat das Handbuch ein wenig an Umfang zugenommen. Die frühere gute Ausstattung desselben ist auch in der neuen Auflage bewahrt geblieben.

Braun.

A. Pollatschek: Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1892. Ein Jahrbuch für praktische Aerzte. Wiesbaden, Bergmann 1893.

Im Jahre 1890 unternahm es der in Karlsbad ansässige Verfasser, alljährlich einen Band unter obigem Titel herauszugeben, der dem praktischen Arzte die Möglichkeit bieten sollte, sich über die Fortschritte in der Therapie der mannigfachsten Krankheiten zu unterrichten, ohne dabei jedesmal die in den verschiedensten Zeitschriften zerstreuten Mittheilungen in ihrem Originale aufzusuchen. Das Bedürfniss nach einem derartigen Werke bestand zweifellos und der in diesem Jahre erschienene vierte Jahrgang beweist seine Existenzfähigkeit. Es ist ein Nachschlagebuch. Der Stoff ist alphabetisch geordnet und umfasst nicht nur die innere Medicin, sondern bewegt sich auch auf chirurgischem und gynäkologischem und anderen Gebieten. Verfasser war bemüht, «das Nothwendige getreu wiederzugeben, wobei er sich mit Vorliebe an die Referate hervorragender Kräfte anlehnte und die aus den Werkstätten anerkannter Meister hervorgegangenen Producte besonders bevorzugte». Den einzelnen Sammelreferaten sind am Schluss die Quellenangaben beigefügt. Es ist ferner durchaus nicht alles über eine Frage erschienene Therapeutische in erschöpfender Weise abgehandelt worden, sondern der Stoff sorgfältig gesichtet und dem mehrfach Erprobten der Vorzug gewährt worden, sodass in der That das Werk viele goldene Sätze unserer Forscher, Lehrer und Meister enthält. Der letzterschienene Jahrgang zeichnet sich durch seine grössere Vollständigkeit aus.

Kallmeyer.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 5. October 1893.

1) Herr Schmitz stellt, im Anschluss an die in voriger Sitzung von den Herren Natanson und v. Schroeder mitgetheilten Fälle, einen Fall von complicirter Schädelfractur mit Erblindung des linken Auges vor:

Dem 4-jährigen Pat. fiel am 1. Juni c. ein schwerer eiserner Deckel auf den Kopf. Keine Bewusstlosigkeit, einmaliges Erbrechen, Nasenbluten. Als einige Stunden nach dem Unfall die an der Stirn befindliche Wunde lege artis verbunden wurde, soll in derselben Hirnsubstanz bemerkt worden sein. Status am Abend desselben Tages: die c. 6 Cm. lange, breit klaffende Stirnwunde zieht vom medialen Ende des linken Arcus supercilii schräg nach oben rechts zum rechten Tuber frontale. In der Tiefe der Wunde sieht man das vom Periost entblösste Stirnbein und in ihm einen der Weichtheilwunde in Richtung und Länge entsprechenden tiefen Spalt mit stark deprimirtem linksseitigem Knochenrand; aus ihm sickert Blut und Liquor cerebrospinalis. Ausserdem finden sich noch 4 kleine Weichtheilwunden an der linken Wange, den Augenlidern und der Stirn. In Narkose wurde der deprimirte linke Knochenrand, nach Beschneidung des rechten, hinaufgehebelt und gleichfalls mit der Knochenscheere beschnitten, sodass ein c. 5 Mm. breiter Spalt resultirte. Bei diesen Manipulationen floss eine recht bedeutende Menge Liquor cerebrospinalis ab, Hirnsubstanz entleerte sich nicht. Der Sinus falciformis major erwies sich verletzt, aber bereits durch ein Coagulum geschlossen. Im weiteren Verlaufe traten keinerlei cerebrale Erscheinungen auf, doch hielt der anfangs sehr reichliche Ausfluss von Liquor cerebrospinalis bis zur 4. Woche an. Die Temperatur erreichte nur einmal, am Abend nach der Operation, 38,7°, blieb aber dann noch längere Zeit subfebril. Erst nach 7 Wochen war die Wunde ganz geheilt.

Am linken Auge fand sich gleich nach der Verletzung ausgedehnte Suggillation der Lider, Chemosis conjunctivae. Am zweiten Tage wurde Erweiterung und Starre der linken Pupille constatirt. Auch die linke Gesichtshälfte machte einen starren Eindruck (Facialisparese?) (worauf am ersten Tage nicht geachtet worden war). Nach Abschwellen der Lider blieb eine deutliche Ptosis an diesem Auge zurück. Eine 7 Wochen nach der Verletzung von Dr. Weyert sen. ausgeführte Untersuchung ergab am linken Auge: Parese des N. abducens,

Ptosis, Verlust der directen Lichtreaction der Pupille, vollständige Amaurose; ophthalmoskop. Ablösung der Netzhaut oben, Glaskörpertrübungen. Gegenwärtig liegt mitten im Glaskörper eine umschriebene stark reflectirende Trübung, (organisirter Bluterguss?) welche die Sehnervenpapille verdeckt; von der Peripherie des Augenhintergrundes erhielt man überall den normalen rothen Reflex. Da die intraoculären Veränderungen die vollständige Amaurose nicht erklären, muss ausser einer stattgehabten Contusion des Auges eine Verletzung des Sehnerven, im Foramen opticum, resp. in der Orbita angenommen werden.

2) Herr Westphalen demonstrirt einige Präparate:

I. Cirrhosis ventriculi, 2 Präparate, von denen das eine schon früher einmal dem Vereine demonstrirt worden ist (13. October 1892), das andere von einem an Sarkom des Peritoneums zu Grunde gegangenen Patienten stammt.

II. Sarkom des Magens. Dieses dürfte der erste intra vitam sicher diagnosticirte Fall von Magensarkom sein. (Die Krankheitsgeschichten sind zur Veröffentlichung bestimmt).

3) Herr v. Schrenck demonstrirt das Präparat eines, übrigens günstig verlaufenen, Falles von Metritis dissecans. Der Fall wird in den Verhandlungen des V. livländischen Aerztetages veröffentlicht werden.

Secretär: E. Blessig.

Auszug aus den Protokollen

des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 3. Mai 1893.

1. Dr. Moritz lenkt die Aufmerksamkeit des Vereins auf die Influenza, welche in letzter Zeit wieder in Zunahme begriffen ist und bei welcher sich häufig Pneumonien eigenthümlichen Verlaufs, auch mit Recidiven, einstellen, die früher selten waren und jetzt ganz geläufig geworden sind. Andere Fälle wiederum seien mit Meningitis complicirt.

Discussion:

Dr. Lingen hat im Verlaufe der Influenza weniger oft Pneumonien gesehen, als neuralgische Affectionen bei verhältnissmässig mässigem Fieber. Letzteres macht häufig, namentlich bei Recidiven, ganz den Eindruck eines Eiterungsfiebers. In einem Fall dauerte das Fieber 4 Wochen bei zunehmender Schmerzhaftigkeit und Vergrösserung der Leber. Dasselbe machte eigenthümliche Sprünge: Morgens 37,0, Mittags 40,3, Nachmittags 37,0, Abends 39,4; vor Eintritt desselben geringe Fröste.

Dr. Masing erinnert an die Resultate der Untersuchungen R. Pfeiffer's (Zeitschr. für Hygiene Bd. XIII), nach welchen der Influenzabacillus sich bei der Ansteckung zunächst wohl immer im Nasenrachenraum ansiedelt, wo er in leichten Fällen stationär bleibt, in schwereren verbreitet er sich in die Luftröhre, bis in die feinsten Bronchien, Mittelohr, Stirnbeinhöhlen etc. und erregt die betreffenden Complicationen. Nach Aufhören aller subjectiven Beschwerden und des Fiebers findet man im Morgensputum der Reconvalescenten oft noch wochenlang ungeheure Mengen der Bacillen. Da dieselben im Blute nie gefunden worden, so könnten nach M. die neuralgischen und gastrischen Symptome bei der Influenza nur Intoxicationserscheinungen sein. Aus demselben Grunde ist M. auch nicht der Ansicht, dass es im Gefolge der Influenza zu pyämischen Zuständen zu kommen braucht; falls solche jedoch eintreten, so müssten sie durch eine secundäre Infection mit Coccen erklärt werden.

Dr. Kernig gesteht zu, dass in der grossen Mehrzahl der Fälle der Schnupfen sich bei der Influenza constatiren lässt, obgleich er angeblich häufig fehlen soll und man oft geradezu nach demselben suchen muss, indem er namentlich von einfachen Leuten, mit denen man es in der Hospitalpraxis zu thun hat, fälschlich verneint wird. Desgleichen ist bei der Influenza mit am constantesten die Injection der Conjunctiven zu beobachten. Dennoch hat K. einzelne Fälle gesehen, wo weder Conjunctivalkatarrh noch Schnupfen sich nachweisen liessen und doch ausgesprochene Influenzapneumonien vorlagen, die sogar durch die Obduction sicher erwiesen werden konnten. Andrerseits ist in diesem Winter in der grossen Mehrzahl der Fälle bei klinisch diagnosticirter croupöser und katarrhalischer Pneumonie Schnupfen vorausgegangen, was es wahrscheinlich macht, dass auch diese Fälle ihren Ursprung der Influenza verdanken. K. schliesst daraus, dass der Influenzabacillus ausser in der Nase und im Nasenrachenraum, auch sonst im Körper, wenigstens in den Lungen vorkommen müsse. Ferner hebt er das relativ häufige Vorkommen von nekrotischen Heerden in den Lungen nach Influenzapneumonie hervor. In einem solchen Falle, welcher einen älteren Collegen betraf, dauerte 2 Monate lang stinkender Athem an. Auch Pleuritiden mit übelriechendem Exsudat sind letzthin häufig beobachtet worden, desgleichen dass croupöse Pneumonien häufig in Eiterung übergehen.

Dr. de la Croix betont, wie schwierig es oft ist, klinisch die Differentialdiagnose zwischen croupöser und Influenzapneumonie zu stellen, namentlich in der Hospitalpraxis, da letztere gleichfalls Dämpfung und Bronchialathmen bieten kann und ihre Sputa, wenn zwar nicht gerade als crocea zu bezeichnen, so dennoch oft eine blass safranartige Färbung besitzen können. Als einigermaassen sicherer Anhaltspunkt zur Diagnose scheint ihm der Umstand dienen zu dürfen, dass während bei dem ins Hospital mit croupöser Pneumonie Eingetretenen die Erkrankung gewöhnlich vor wenigen Tagen, ziemlich plötzlich und zwar meist mit einem Schüttelfrost ausgebrochen ist, bei Influenzapneumonie der Tag der Erkrankung gewöhnlich nicht sicher angegeben werden kann und die Dauer derselben oft auf 2 Wochen, nicht selten sogar nach Monaten bestimmt wird. Ferner ist die Temperatur bei der Influenzapneumonie selten so gleichmässig hoch, wie bei der croupösen. Schliesslich ist eine Krisis, wie sie bei der croupösen Pneumonie zur Regel gehört, bei der Influenzapneumonie fast nie zu constatiren. Auch der Sectionsbefund kann bei flüchtiger Betrachtung leicht Veranlassung zur Verwechselung zwischen beiden Arten von Lungenentzündung geben. In mehreren Fällen von Influenzapneumonie, welche de la Croix zu seciren Gelegenheit hatte, handelte es sich um eine lobäre Erkrankung eines, oder auch mehrerer Lappen einer Lunge, seltener von Theilen beider Lungen. Die befallenen Lungenlappen waren sehr voluminös, die Pleura über denselben prall gespannt, stark getrübt und geröthet, manchmal sogar ekchymosirt, seltener mit einem dünnen fibrinös-eitrigen Belag bedeckt. Auf der Schnittfläche bietet das Gewebe entweder ein dem Uebergangsstadium der braunen in die graue Hepatisation bei der croupösen Pneumonie ähnliches Bild, wobei nur die Färbung um eine Spur heller und die Consistenz merklich weicher, als bei letzterer Krankheit ist, oder es befindet sich im Zustand einer hochgradigen eitrigen Infiltration, ähnlich, jedoch nur weit hochgradiger wie im letzten Stadium der croupösen Pneumonie. Wenngleich sie somit viel Aehnliches darbieten, so kann man bei aufmerksamer Betrachtung jedoch bald beide Erkrankungsformen von einander unterscheiden. In Fällen von Influenzapneumonie entleert sich von der Schnittfläche des betroffenen Lappens ein wässerig eitriges, blutig gefärbtes Exsudat, noch schneller bei mehrmaligem Darüberstreichen mit dem Scalpell, der Lungenlappen nähert sich merklich seinem ursprünglichen Volum und es wird sichtbar, dass die anfangs als gleichmässig imponirende Infiltration aus einer Anzahl confluirender Gruppen von katarrhalischen Heerden zusammengesetzt ist. Noch auffallender wird der Unterschied zwischen den Befunden bei beiden Lungenerkrankungen, wenn man die afficirten Lungen in Spiritus legt. Während die croupöse Pneumonie in letzterem eine leberähnliche Consistenz erlangt, wird bei Influenza der Lunge im Spiritus mit der Zeit immer mehr das Exsudat aus den Alveolen und Bronchiolen ausgewässert, das Gewebe wird schlaff elastisch unter continuirlicher Rothfärbung des Spiritus. Bei allen diesen Fällen hat D. von dem Lungengewebe der frisch secirten Leichen Deckglastrockenpräparate angefertigt, dieselben mit Fuchsin und Methylenblau behandelt, worauf sich in denselben ziemlich zahlreiche feinste kurze Bacillen, ähnlich den von R. Pfeiffer bei der Influenza beschriebenen, meist in Reincultur nachweisen liessen, während sich die Fränkel'schen Diplococcen der croupösen Pneumonie in diesen Fällen nicht vorfanden. Wenngleich ja das Auftreten der Influenza-Pneumonie durch directes Fortschreiten der Infectionskeime aus dem Nasenrachenraum längs den Bronchien in die Lungen erklärt werden könnte, so scheint es D. doch nicht ausgeschlossen zu sein, dass bei der Influenza dennoch eine Allgemeininfection vorliegt. Wenigstens würde hierfür der Umstand sprechen, dass D. während der Influenza-Epidemie in einer grösseren Zahl von Fällen bei der mikrosk. Untersuchung der Sedimente von unzersetztem deutlich sauer reagirendem Harne mit mässigem Eiweissgehalte eine Anzahl von den Pfeiffer'schen Influenzabacillen vollkommen ähnlichen Mikroorganismen beobachtet hat.

Dr. Assmuth erinnert sich gleichfalls eines Falles, in welchem nach einer Lungenaffection sich eine Nierenerkrankung mit reichlichem meist aus Bakterien bestehenden Bodensatze eingestellt hatte, so dass sogar Verdacht auf Tuberculose der Harnorgane entstand. Die bakteriologische Untersuchung des Sputum und Harnes (de la Croix) ergab jedoch nicht Tuberkel- sondern Influenzabacillen. In der That wurde Patient nach längerer Behandlung vollkommen hergestellt.

Dr. Kernig ist gleichfalls der Ansicht, dass der Influenzabacillus eine allgemeine Infection hervorrufen könne. Wenngleich man allenfalls diejenige gastrische Form der Influenza, welche gleich im Beginn der Erkrankung auftritt, als eine Intoxicationserscheinung auffassen könnte, so doch schwerlich die anderen zweifellos beobachteten Fälle, wo zwei und mehr

Wochen nach Beginn der Erkrankung und nach Ablauf der katarrhalischen Respirationsform sich heftiger Gastrointestinalkatarrh einstellt.

Dr. Westphalen erwähnt hinsichtlich der am Beginn der Discussion aufgeworfenen Frage, ob sich im Gefolge der Influenza Abscessbildungen in den inneren Organen einstellen könnten und ob dieselben die Circulation von Influenzabacillen im Blute voraussetzen lassen müssten, die experimentellen Untersuchungen, bei denen Injectionen von Argent. nitricum, Crotonöl etc. auch Eiterung hervorgerufen haben, ohne dass sich in dem so hervorgerufenen Eiter Mikroorganismen haben nachweisen lassen. Ferner habe Klemperer durch Injectionen von filtrirten Culturen Eiterung, Magendarmkatarrhe und Albuminurie erzielt. Aehnlich wie es bei Schwellung der Nierenepithelien zur Albuminurie kommen müsste, könnte es sich bei der Intoxication nach Influenza um eine Schwellung der Epithelien der Magendarmschleimhaut handeln. Da jetzt die desinficirende Eigenschaft des Magensaftes fortfällt, so muss sich die Indigestion noch mehr steigern und den acuten Gastrointestinalkatarrh hervorrufen.

Dr. Kernig wendet hiergegen ein, dass es bei anderen Infectionskrankheiten, die ja alle mit Intoxicationserscheinungen verlaufen, dennoch nicht zu so spät und plötzlich einsetzenden acuten Gastrointestinalkatarrhen kommt.

2. Dr. Kernig: Eigenthümlicher Fall von Morbus maculosus Werlhofii mit Hirnerscheinungen. Ein junges Mädchen erkrankte an Gliederreissen, Pulsbeschleunigung (100—120) und Fieber 38,5—39,5° C. Einige Tage darauf stellten sich am ganzen Körper und Rumpf Purpuraflecken ein. Dazu gesellten sich jedoch heftige Kopfschmerzen, starkes Erbrechen und Lähmung des r. Facialis, ferner heftige Schmerzen im Nacken und längs der ganzen Wirbelsäule, sowie Contracturen im Nacken und Kniegelenk, so dass man die Beuger nicht zu strecken im Stande war, wenn die Pat. auf dem Bettrande sass. Letzteres Symptom ist als für Meningitis und andere Erkrankungen der Pia charakteristisch bekanntlich schon lange von Kernig hingestellt worden. Seit einer Woche wurde Pat. mit Natr. salicyl. 4,0 pro die behandelt und ist heute fieberlos; die Schmerzen im Hals und Rücken sind geschwunden, nur die Facialisparese rechts besteht noch weiter desgleichen das Abweichen der Zunge nach rechts beim Vorstrecken derselben. Zuweilen stellt sich Kopfschmerz und Nasenbluten ein. Hauthyperästhesien sind nicht vorhanden. Da sich jetzt 10 Tage nach der letzten Menstruation Metrorrhagie eingestellt hat und im Rachen Ekchymosen auf der Schleimhaut wahrnehmbar sind, so wird es fraglich, ob die Hirnerscheinungen durch Meningitis, oder vielleicht eher durch Blutungen in die Pia hervorgerufen sind, um so mehr, als das Fieber vollständig geschwunden ist.

Dr. Masing bemerkt, dass Blutungen im Centralnervensystem bei Morbus maculosus Werlhoffi vorkommen.

Dr. Kernig erwähnt dem gegenüber, dass Fälle von Cerebrospinalmeningitis mit Petechien und Blutungen aus den Schleimhäuten in den 60iger Jahren aus Amerika gemeldet wurden.

Dr. Koch betont den Werth des Kernig'schen Kniesymptoms, welches in Fällen von Cerebrospinalmeningitis bei Kindern noch fortbesteht, auch wenn alle übrigen Symptome bereits geschwunden sind. Infolge dessen giebt Koch jetzt nur noch auf das Kernig'sche Symptom zur Bestimmung der abgelaufenen Meningitiden.

Dr. Moritz theilt mit, dass er im Verlaufe von Typhen und anderen Infectionskrankheiten auch Spuren vom Kernig'schen Kniesymptom beobachtet habe.

D. z. Director: stellvertretend Dr. Graf Magawly.
Secretär: Dr. Jalan de la Croix.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— F. H. Morrison hat als erstes Zeichen der croupösen Pneumonie wiederholt saccadirte Exspiration an einer circumscripten Stelle der Lunge gefunden. Das Symptom ist deutlich zu constatiren lange ehe Dämpfung und Rasselgeräusche nachweisbar sind, findet sich bei Kindern häufiger als bei Erwachsenen und ermöglicht die Diagnose oft schon bald nach dem initialen Schüttelfrost. M. fordert zu weiteren Untersuchungen auf. (The Lancet № 3656.)

— Warman empfiehlt bei schweren Blutungen nach der Geburt die Eingiessungen von Salzwasserlösungen in's Rectum. Vor den hypodermatischen Infusionen hat diese Methode schon den Vorzug, dass die resorbirende Fläche im Mastdarm viel grösser ist, daher die Resorption viel rascher vor sich gehen kann. Bemerkenswerth ist, dass die Besserung der Symptome schneller eintrat, wenn nicht er wärmte Kochsalzlösung zum Einlauf verwendet wurde, Warman glaubt, dass es sich hierbei um eine reflectorische Erregung der Vasomotoren durch das kühle Wasser handele. Verf. wandte die Enteroklyse in 28 Fällen mit bestem Erfolge an, worunter 27 mal bei schweren Blutungen nach Geburten und Aborten. Auch in einem Falle von starken Durchfällen mit Erbrechen in Folge Genusses verdorbener Lebensmittel wurde die Methode mit Glück angewandt.

(Münch. medic. Woch. p. 759.)

— Karl Rick schildert in den Blättern für klinische Hydrotherapie (Nr. 4 1893) die in der Wasserheilanstalt des Professors Winternitz übliche Behandlungsmethode der Chorea: die Patienten werden in der ersten Zeit auf einem horizontalen Lager in einer ruhigen gestreckten Stellung gehalten, und dann der Körper leicht von oben bis unten im langsamen Tempo continuirlich gestrichen (Effleurage). Diese Procedur übt auf die erregte Muskulatur eine hypnotische Wirkung aus, und bald folgt auch ein ruhiger Schlaf. Täglich wird zweimal die Streichung ausgeführt, an die auch später passive Beugungen der Extremitätengelenke, von den Fingern angefangen, angeschlossen werden. In steigender Dosis schreitet man dann zur activen Widerstandsgymnastik, doch darf man bei der Ausführung dieser Methoden keine Uebertreibungen begehen. Auch werden Kälteeinwirkungen auf die Rückenwirbelsäule applicirt in der Weise, dass ein kalter Umschlag auf den Rücken gelegt wird. Auf dem Umschlag befestigt man einen Kautschukschlauch, durch den man kaltes Wasser laufen lässt. Auf diese Weise kühlt man 1—2 mal täglich die Wirbelsäule und setzt dadurch die Erregbarkeit des Rückenmarks herab.

(Therap. Monatshefte Nr. 10.)

— An der Blaschko'schen Poliklinik geschieht die antisyphilitische Cur in folgender Weise: wenn möglich — Excision der Initialsclerose. Erst nach deutlichem Auftreten der Secundärerscheinungen beginnt die Behandlung. Einspritzungen von unlöslichem basischem Quecksilbersalicylat: Hydrargyr. salicyl. basic. 2,0 Paraffini liquidi 20,0. Von dieser Flüssigkeit wird wöchentlich 2 mal das erste Mal $\frac{1}{2}$ Spritze, später je 1 Spritze intramusculär in die Glutaeen injicirt. Es sind durchschnittlich 12 Spritzen erforderlich. Werden die Injectionen nicht vertragen, so schreitet man zur Inunctionscur oder zum innerlichen Gebrauch von Hydrargyrum oxydulatum tannicum. Bei Mundaffectionen, namentlich auch bei Stomatitis mercurialis bewährt sich eine 10-pCt-ige Chromsäurelösung.

(Therap. Monatsh. Juli 1893.)

Vermischtes.

— Am 27. October verstarb hierselbst einer der ältesten deutschen Aerzte, Dr. Karl Johansen, im 78. Lebensjahr. Ausführlichere Nachrichten bringen wir in der nächsten Nummer.

— Dem bisherigen Jurjewer (Dorpater) Professor emer. der Physik, Dr. Arthur v. Oettingen, welcher vor Kurzem nach Leipzig übersiedelte, hat die philosophische Facultät der dortigen Universität — wie verlautet, unter Erlassung aller Formalitäten — die venia legendi ertheilt.

— Vor Kurzem beging der Director und Oberarzt der Reimers'schen Augenheilanstalt in Riga, Dr. Joh. Stavenhagen, sein 25-jähriges Doctorjubiläum, bei welcher Gelegenheit ihm zahlreiche Beweise der Anerkennung und Hochachtung seitens seiner Collegen und Patienten wird auch weiterer Kreise zu Theil wurden. — Nach Absolvirung seines Studiums in Dorpat, war St. einige Zeit Assistent an der Reimers'schen Augenheilanstalt und darauf praktischer Arzt in Riga bis zum Jahre 1880, in welchem er als Nachfolger Dr. Waldhauer's die Leitung der obengenannten Augenheilanstalt übernahm.

— Prof. v. Pettenkofer (München) ist von dem British Institute of Public Health zu Edinburg zum Ehrenmitglied gewählt worden.

— An Stelle des in den Ruhestand getretenen Kiewschen Professors Dr. Victor Ssubbotin ist der bisherige Privatdocent für Hygiene in Kasan, Dr. W. Orlow, zum ausserordentlichen Professor der Hygiene an der Kiewer Universität ernannt worden.

— Ernannt: der Corpsarzt des 8. Armeecorps, wirklicher Staatsrath Dr. Baulin — zum Militär-Medicinal-Inspector des Omsker Militärbezirks.

Verabschiedet: 1) Der Professor und Accoucheur an dem hiesigen unter dem Protectorat der Grossfürstin Katharina Michailowna stehenden Hebammeninstitut wirkl. Staats-

rath Dr. R. Kreutzer, — auf eigenes Ansuchen. 2) der Flaggmannsarzt der I. Flottendivision, wirklicher Staatsrath Al. Iwanow — mit Uniform, auf Grund des Alterscensus.

— Verstorben: 1) Am 26. October zu Riga der dortige praktische Arzt Dr. Woldemar Poorten im Alter von 60 Jahren an Apoplexie. Der Hingeschiedene war in Livland geboren und erhielt seine medicinische Ausbildung in Dorpat, wo er von 1853—59 studirte. Nach absolvirtem Arztexamen liess P. sich als praktischer Arzt in Riga nieder, wo er mit geringer Unterbrechung (nämlich dazwischen kurze Zeit in Mitau) bis zu seinem Lebensende prakticirte und namentlich als Specialist für Ohrenkrankheiten einen ausgezeichneten Ruf genoss. Als gediegener Violinspieler hat er auch am Rigaschen Musikleben regen Antheil genommen. Die allgemeine Werthschätzung, deren sich der Verewigte als Arzt und Mensch erfreute, bekundete sich auch durch die lebhafte Theilnahme an seinem unerwarteten Hinscheiden. 2) Am 18. Octob. in Samara der Ordinator der Twerschen Irrenanstalt, Dr. Alexander Diomidow, an der Lungenschwindsucht. Nach Erlangung des Arztgrades an der Universität Kasan i. J. 1886 war der Verstorbene mehrere Jahre an der dortigen Bezirks-Irrenanstalt thätig und veröffentlichte in dieser Zeit mehrere werthvolle Arbeiten. Im Jahre 1890 wurde er an der Kasanschen Universität nach Vertheidigung seiner Dissertation: «Untersuchung des Nervengewebes in polarisirtem Licht» zum Doctor medicinae promovirt und siedelte dann nach Twer über, wo sich im Anfang dieses Jahres die Symptome des Lungenleidens deutlich bemerkbar machten. Der Verstorbene hat seine Frau mit einem Kinde ganz mittellos hinterlassen. 3) Am 23. October in St. Petersburg der Schlüsselburger Arzt Alexander Starorusski im Alter von 48 Jahren. 4) In London der Leibarzt der königlichen Familie Baronet A. Clark im 67. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war früher Professor der Anatomie in Edinburg, liess sich aber i. J. 1854 in London nieder, wo er sich ganz der medicinischen Praxis widmete. Im Jahre 1883 verlieh ihm die Königin von England die Baronetwürde. Von seinen zahlreichen Werken heben wir hier nur seine «Theorie des Asthma», «Anatomie der Lunge», «Die Lungenentzündung» hervor. 5) In Berlin am 30. October n. St. der Geh. Sanitätsrath Dr. Moritz Meyer, einer der angesehensten Aerzte der Stadt, im 72. Lebensjahre. Meyer war der erste Arzt in Berlin, welcher sich schon in den vierziger Jahre mit der Anwendung der Elektricität zu Heilzwecken beschäftigte. Zur Anerkennung gelangte der Heilwerth der methodischen elektrischen Behandlung namentlich durch M's 1854 erschienenes Buch «die Elektricität in ihrer Anwendung auf praktische Medicin», welches 4 Auflagen erlebt hat und von der medicinischen Gesellschaft zu Gent prämiirt wurde.

— Am 31. October n. St beging in Frankfurt a. O. der Kaiserl. russische Staatsrath a. D., Dr. Carl Friedrich Walz, in körperlicher und geistiger Frische, sein 50-jähriges Doctorjubiläum. Dr. Walz war vor vielen Jahren in St. Petersburg als Arzt thätig und, wenn wir uns nicht irren, als Theaterarzt hier angestellt. Die Berliner medicinische Facultät, bei welcher er vor 50 Jahren zum Dr. medicinae promovirt wurde, hat in üblicher Weise sein Doctordiplom erneuert.

— Am 9. December d. J. vollenden sich 25 Jahre der ärztlichen und wissenschaftlichen Thätigkeit des Professors der Geburtshülfe und Gynäkologie an der hiesigen Militär-medicinischen Academie, Dr. K. F. Slawjanski. Die St. Petersburger Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie, deren Präsident der Jubilar ist, beabsichtigt an diesem Tage ihm zu Ehren eine Festsitzung zu veranstalten.

— Den Studirenden der militär-medicinischen Academie welche ihren Cursus soeben absolvirt haben, ist, wie die «Russkaja Medizina» erfährt, in diesen Tagen eröffnet worden, dass die Stellen ihres künftigen Dienstes nicht, wie bisher, durchs Loos, sondern nach den Censuren bestimmt werden. Derjenige, welcher die besten Censuren aufweist, hat als erster die freie Wahl unter den vacanten Stellen, es folgt dann der mit den nächstbesten Censuren u. s. w. Im Falle der Gleichheit der letzten Censuren, geniesst derjenige den Vorzug, welcher in den vorhergehenden Jahren die besseren Censuren erhalten hat. Diejenigen endlich, welche nicht zum Termin das Examen abgelegt haben, werden der Ober-Militär-Medicinalverwaltung zur Disposition gestellt, auch wenn sie die besten Censuren erhalten haben sollten.

— Die Verwaltung des V. Congresses der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow (in St. Petersburg) ersucht die Collegen, welche irgend welche Mittheilungen auf dem bevorstehenden Congresse zu machen beabsichtigen, bis zum 27. November 1893 eine vorläufige Anzeige über die beabsichtigten Mittheilungen mit kurzer Darlegung des Inhalts und der Schlüsse einsenden zu wollen. Die nach diesem Termin angemeldeten Vorträge werden nur in dem Falle auf dem Congress zugelassen werden, wenn freie Zeit für dieselben übrig bleiben sollte. Die Anmeldungen sind an den Secretär der Verwaltung, Dr. W. K. Anrep (St. Petersburg, Кузнечный переулокъ, домъ № 20, кв. 1) oder die Leiter der Sectionen einzusenden.

— Die Verwaltung des V. Congresses der Gesellschaft Russischer Aerzte hat beschlossen, während des bevorstehenden Congresses kein Tageblatt (Дневникъ), sondern nur einen Anzeiger herauszugeben, welcher geschäftliche Auskünfte und Mittheilungen enthalten wird. Kurze Protokolle der Sectionssitzungen, wie solche im «Tageblatt» der früheren Congresse abgedruckt wurden, werden im Anzeiger nicht gebracht werden.

— Wie die «Pharm. Zeitschrift f. Russl.» erfährt, soll die Zahl der Apothekerlehrlinge mosaischer Confession beschränkt werden, und zwar derart, dass in Zukunft in den beiden Residenzstädten nur 3 pCt., in den Gouvernements nur 5 pCt. zugelassen werden.

— Wie die Zeitung «Priasowski Krai» mittheilt, sind im Jahre 1892 im Gouvernement Woronesh acht Personen gestorben, welche über 100 Jahre alt geworden sind, und zwar je einer 130, 113, 110, 104, 103 Jahre und drei 105 Jahre. Von diesen waren 5 Männer und 3 Frauen und sie gehörten bis auf einen Unteroffizier, der ein Alter von 113 Jahren erreichte, sämmtlich dem Bauernstande an.

(Russ. Med.)

— In London hat sich eine Gesellschaft von «Anaesthetisten» d. h. Aerzten, welche sich ausschliesslich mit dem Anaesthesiren, beschäftigen, gebildet. Zum Präses wurde in der ersten Sitzung Dr. Braine gewählt.

— Im St. Petersburger Gouvernement sollen neue Aemter von Landschaftsärzten creirt werden, welche sich speciell mit der sanitären Beaufsichtigung der Schulen und der periodischen medicinischen Untersuchung der Schulkinder zu beschäftigen haben werden.

In dem Zeitraume von September 1892 bis August 1893 sind 3688 neu erschienene Doktor-Dissertationen, Habilitationsschriften, Programmabhandlungen etc. bei der «Zentralstelle für Dissertationen und Programme» von Gustav Fock in Leipzig eingegangen und in dem von derselben herausgegebenen «Bibliographischen Monatsbericht über neu erschienene Schul- und Universitätsschriften» verzeichnet worden. Die Mehrzahl dieser Schriften ist nicht in den Handel gekommen. Unter diesen Schriften befinden sich 1379 medicinischen Inhalts.

— Die Choleraepidemie in Russland weist in letzter Zeit einen erfreulichen Rückgang in der Zahl der Erkrankungen auf. In den beiden letzten officiellen Cholerabulletins sind nur noch 4 Gouvernements verzeichnet, in welchen mehr als 100 Erkrankungen vorkamen. Es sind dies die Gouvernements Wolhynien mit 379 Erkrankungen und 148 Todesfällen vom 1.—23. Oct., dann Kiew (vom 10.—23. Oct. 238 Erkr. und 98 Todesf.), Tschernigow (vom 10.—16. Oct. 127 Erkr. und 53 Todesf.) und Kowno (vom 17.—23. Oct. 102 Erkr. und 37 Todesf.) Als fünftes kann man wohl noch Podolien hinzurechnen, von welchem in den letzten Bulletins leider keine Daten aufgeführt sind.

In Riga sind bis zum 29. Oct. im Ganzen 50 Personen erkrankt und 23 gestorben; und am 29. Oct. 4 in Behandlung verblieben; in Jurjew (Dorpat) betrug die Zahl der am 1. Nov. in Behandlung verbliebenen Cholerakranken 13. In Estland sind im Klein-Marienschen Gebiet vom 14.—16. Oct. 5 choleraähnliche Erkrankungen mit 2 Todesfällen vorgekommen, später jedoch keine mehr.

— In St. Petersburg ist die Epidemie in stetiger Abnahme begriffen, so dass die Choleraabtheilungen in einigen städtischen Hospitälern geschlossen werden können. Vom 27. Oct. bis 3. Nov. Mittags erkrankten hierselbst 47 Pers., genasen 50, starben 20 und verblieben am 3. Nov. in Behandlung 56 Personen, während in der Vorwoche die entsprechenden Zahlen 65, 45, 34 und 66 betrugen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 31. October d. J. 6104 (161 mehr als in der Vorwoche), darunter 352 Typhus — (9 wen.), 720 Syphilis — (31 mehr), 60 Scharlach (1 mehr), 22 Diphtherie — (4 mehr), 33 Masern — (7 mehr), 15 Pocken — (2 wen.) und 53 Cholerakranke — (16 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Für den Flecken Preli im Gouv. Witebsk, Dünaburgschen Kreise, wird ein freiprakticirender Arzt gesucht. — Näheres ertheilt der örtliche Apotheker Rittenberg.

2) Es wird ein Arzt für eine Fabrik im Ural gesucht. Gehalt 1500 R., freies Quartier und Reisegeld. Die Meldung geschieht unter der Adresse «З. М. Торговому дому Л. и Э. Метцль и Ко. Москва, Мясницкая д. Спиридонова».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 24. bis 30. October 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
254	189	443	73	20	51	9	6	16	49	68	42	41	32	26	8	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 9, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 1, Scharlach 8, Diphtherie 6, Croup 3, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 11, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 43, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 65, Tuberculose anderer Organe 4, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 23, Marasmus senilis 21, Krankheiten des Verdauungscanals 32, Todtgeborene 34.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 16. November.

Annahme der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

Tagesordnung: 1. Dr. A. Blachstein (als Gast) Ueber Choleratheorieen.
2. Dr. A. Wladimiroff: Ueber Tetanusheilserum.
3. Dr. Nissen: Ueber Diazo-Reaction, ihre diagnostische und prognostische Bedeutung am Krankenbett des Kindes.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 22. November.

Дозв. ценз. Спб. 5 Ноября 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 1.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 46 St. Petersburg, 13. (25.) November **1893**

Indicationen zur Operation der Perityphlitis.

(Vortrag, gehalten in der Gesellschaft pract. Aerzte zu Riga)

Von

Dr. med. Paul Klemm.

Assistenzarzt an der chirurg. Abtheilung des Stadtkrankenhauses zu Riga.

Es ist schwer zu einer Frage Stellung zu nehmen, deren Beurtheilung und Auffassung noch nicht an allgemein anerkannte, feststehende Factoren gebunden ist. So ist auch die Behandlung der Perityphlitis ein bis jetzt strittiges Object, an das der innere Kliniker und der Chirurg ein gleiches Recht zu haben glaubt. Die Einen wollen jeden Fall dem Messer des Operateurs überweisen, während die Andern bestimmt versichern, dieses sei nur in den Ausnahmefällen nöthig, da für gewöhnlich die exspectative Behandlungsweise zum erwünschten Ziele führe.

Ich glaube, das Differente dieser Anschauungen liegt zum grössten Theil darin begründet, dass für den Werth der Behandlung nicht die Betrachtung und das Studium der Pathologie dieser Erkrankung zum Ausgangspunkt genommen wurde, sondern dass vielmehr die statistische Methode, jene unselige Art, unsere Fortschritte und Erfolge nicht zu wägen, sondern zu zählen, als Maassstab der Leistungsfähigkeit diente. — Was verstehen wir eigentlich unter Heilung bei Perityphlitis? Nehmen wir an, es tritt bei einem früher gesunden Individuum eine typische perityphlitische Attaque auf, die nach Gebrauch der gewöhnlichen exspectativen Mittel, wie Opium, Eis und Bettruhe wieder schwindet, haben wir ein Recht, in solchem Fall von Heilung zu reden? In gewissem Sinne ja — denn der Kranke ist von seinem Leiden zunächst befreit und oft im Stande, seine Beschäftigung wieder aufzunehmen. Doch droht ihm nicht stets die Gefahr eines erneuten Anfalls? Trägt er doch in seinem Leibe ein krankes Organ, welches ganz plötzlich der Ausgangspunkt einer abermaligen und nun vielleicht tödtlichen Attaque werden kann. Ehe ich hierauf näher eingehe, erlaube ich mir erst kurz zu präcisiren, was ich unter Perityphlitis verstehe, denn auch hinsichtlich dieses Punktes herrscht noch keine ungetheilte Einigkeit der pathologischen Auffassung. Ohne mich auf statistische Daten zu berufen, darf ich wohl der Zustimmung der meisten Autoren sicher sein, wenn ich die Mehrzahl der Erkrankungen in der rechten Darmbeingrube, die als Typhlitis, Para- und Perityphlitis bezeichnet worden sind, von einem Betroffensein des Proc. vermiformis abhängig mache. Es mag sich um eine Perforation mit Erguss in die freie Bauchhöhle und consecutive jauchige Peritonitis handeln, oder um die Bildung von Abscessen im peri- und paracoecalen Gewebe oder um Adhäsionen mit Knickungen und Verlegung des Organs, stets ist es die krankhaft veränderte Wand des Wurmfortsatzes, die alle diese Zustände in Scene setzt. Die Amerikaner haben das Wort «Appendicitis» für die uns hier interessirende Erkrankung erfunden, welches, wenn auch ungewohnt und unschön klingend, doch den Vorzug hat, dass es präcise den krankhaft veränderten Ort bezeichnet. — Man hat die Kothstauung im Coecum und die hieraus resultirende Typhlitis stercoralis in Gegensatz bringen wollen zu ähnlichen Vorgängen im Appendix vermif. und hieraus ziemlich willkürlich ein neues Krankheitsbild gefügt, welches sich differentiell-diagnostisch von der Erkrankung des Wurmfortsatzes unterscheiden sollte; ich meine jedoch, dieser Versuch ist nicht glücklich; die Kothstauung im Coecum verhält sich eben nicht anders, als eine Koprostase an anderen Stellen des Darmes. Beim Proc. vermif. hingegen liegen die Verhältnisse absolut anders, hier ist es gerade der anatomische Bau dieses Organes, der Erkrankungen desselben ungemein begünstigt und denselben einen bestimmten deletären Charakter verleiht. Versuchen wir einmal in grossen flüchtigen Umrissen die Zustände zu fixiren, die durch Erkrankung des Wurmfortsatzes hervorgerufen werden können. Zugleich damit wollen wir die Art der Veränderung streifen und, ge-

stützt auf die Erkenntniss derselben, die Grenzen der chirurgischen Therapie der Perityphlitis zu stecken versuchen. Immer müssen wir bei alledem im Auge behalten, dass es nicht die Erkrankung des Darmanhanges als solche ist, die die Gefahr für den Organismus bedingt, sondern dass es einzig die im Gefolge dieser Störung auftretenden Zufälle sind, die plötzlich den Träger des erkrankten Organs befallen und in kürzester Zeit den unglücklichen Ausgang herbeiführen können. Den Grund der Ernährungsstörungen, die die Wand des Wurmfortsatzes betreffen, geben pathologische Reize ab, die auf die Schleimhaut desselben einwirken. Als solche sind vorzüglich zu nennen:

1) Eingedickter Koth,

2) Retention des Secretionsstromes der im Wurmfortsatz reichlich vorhandenen Drüsen. Es ist das Verdienst Iversen's und Kümmell's die Aufmerksamkeit der Chirurgen auf diese Dinge gelenkt zu haben, da das Hauptinteresse derselben auf das Erkennen und Eliminiren etwaiger periappendiculärer Eiterheerde gerichtet war. Es galt eben die Bildung von Eiterdepots als ein charakteristisches Merkmal der Erkrankung des wurmförmigen Anhanges. Dr. A. v. Bergmann hat im Laufe der letzten Zeit 7 Mal die Exstirpation des Proc. vermif. in Fällen recidivirender Erkrankung im freien Intervall gemacht. Durch die Betrachtung der hierbei gewonnenen Resectionspräparate, in Verbindung mit Mittheilungen anderer Autoren ist es wohl möglich sich in manchen Fällen den pathologischen Hergang zu reconstruiren. In Uebereinstimmung mit Iversen können wir annehmen, dass ein Katarrh der Dickdarmschleimhaut aus unbekannten Ursachen sich in den Wurmfortsatz hinein erstreckt.

Wegen der in die Schleimhaut dieses Organs sehr zahlreich eingebetteten Drüsen kommt es zu lebhafter Secretion. Solange der Secretionsstrom freien Abfluss in den Dickdarm hat, ist dieses von keiner Bedeutung, erst wenn durch Lockerung und Schwellung der klappenartig sich vorwölbenden Schleimhaut an der Einmündungsstelle des Proc. vermif. in das Coecum eine Obturation eintritt, schliesst sich an diese bald eine Reihe pathologischer Störungen. Die Beeinträchtigung des erwähnten Organs setzt sich zusammen aus dem Effect der vermehrten Wandspannung in Folge des aufgehobenen Abflusses in den Dickdarm, sowie den Läsionen, die die Schleimhaut durch den gestauten, sich bald faulig zersetzenden, mit Kothbröckeln untermischten Inhalt erfährt. Der pathologische Hergang ist hier derselbe wie bei der eingeklemmten Hernie oder der Occlusio intestini: Behinderung der Circulation durch Blähung des Darmanhanges nebst der deletären Wirkung des zersetzten Inhalts auf diesen, Alteration der Serosa und gelegentlich Bildung eines serösen Exsudates, wie ich das in meiner Arbeit «Studien über die pathologisch-anatomischen Veränderungen am Darm, in Folge von Brucheinklemmung» dargelegt habe.

Je nach Dauer und Intensität der Stauung und Spannung haben wir Schwellung der Schleimhaut, Ulceration und schliesslich Perforation. Natürlich werden in jedem Falle nicht alle diese Stufen durchlaufen: die Abschwellung der Schleimhaut und damit der physiologische Abfluss kann schon früher erfolgen. Es bilden sich jetzt die geschwürigen Processe zurück, indem es durch bindegewebige Schrumpfung zu Verengerungen, zu mannigfachen Veränderungen und Knickungen des Organs kommt. Damit ist denn zunächst eine Art Heilung geschehen, doch liegen die pathologischen Verhältnisse nun für einen abermaligen Anfall ungemein günstig, da durch die meist eintretende Verkleinerung der Lichtung eine Retention von Schleim und Koth leichter zu Stande kommen kann.

Die von Dr. v. Bergmann resecirten Darmanhänge zeigen alle das gleiche Bild. Die Wand des Organs war verdickt, die Serosa mit Schwarten belegt, die hie und da zu Adhäsionen mit der Umgebung geführt hatten. Die Schleimhaut war gewulstet, zeigte an einigen Stellen bis dicht an die Serosa reichende Ulcerationen. Alle Präparate wiesen in verschiedener Höhe Stenosen auf. Oberhalb derselben liess sich meist eine stärkere kuppelartige Auftreibung des Wurms nachweisen, mit stärkerer Ulceration, die gelegentlich bis zur Perforation geführt hatte. — Ich möchte diese Form der Perityphlitis als die katarrhalisch—ulceröse bezeichnen. — Das klinische Bild setzt sich aus den Componenten der bekannten perityphlitischen Attaque zusammen, wenn es andrerseits auch Fälle giebt, wo trotz der Zeichen der katarrhalisch-ulcerösen Enteritis in vivo niemals ein richtiger Anfall beobachtet wurde. Die Patienten klagen in solchen Fällen meist über unangenehme Sensationen in der r Darmbeingrube, es treten Verdauungsstörungen, Stuhlunregelmässigkeiten etc. ohne genügend erklärende Ursache auf. Bisweilen handelt es sich nur um Schmerzen, die aber gelegentlich einen äusserst hohen Grad annehmen und den Patienten zeitweilig quälen. Solche Fälle sind als «Colica perityphlitica» beschrieben worden, zu einer regulären Attaque kommt es hierbei nicht.

Unter den, den perityphlitischen Anfall begleitenden Symptomen verdient eine besondere Beachtung die derbe Infiltration in der rechten Darmbeingrube. Ich glaube, man ist zu weit gegangen, in jedem solchen Falle die Bildung eines Eiterdepots anzunehmen. Unsere Erfahrungen, sowie die Mittheilungen anderer Chirurgen, so besonders Kümmell's und Iversen's zeigen, dass es sich in vielen Fällen klassischer perityphlitischer Attaque nicht um Eiterung handelte. Durch die ulcerirenden Vorgänge auf der Schleimhaut des Proc. vermif. werden zahlreiche Eingangspforten geschaffen, durch welche das ungemein reiche Lymphgefässnetz des pericoecalen Gewebes inficirt und eine oedematöse Infiltration der sich hier findenden lockeren Zellgewebslagen zu Wege gebracht wird. Diese Infiltrate schwinden, wie die inneren Kliniker richtig beobachteten, sehr häufig, sobald eben die Communication des Darmlumens mit dem des Proc. vermiformis wieder hergestellt ist. Wie soll sich nun die Therapie hierzu stellen? Von einem chirurgischen Eingriff bei der recenten Form würde ich durchaus abrathen. Jeder Chirurg weiss, wie schwierig und unsicher das Operiren in entzündlich veränderten Theilen, wie leicht eine Infection der Bauchhöhle geschehen kann und wie aussichtslos und gefahrvoll ein Aufsuchen resp. Entfernen des in sulzig infiltrirtes Gewebe eingebackenen Wurmfortsatzes ist. Zudem zeigen ja die Erfolge unserer Collegen, der inneren Mediciner, wie häufig solche Attaquen bei den alt hergebrachten Mitteln, ja sogar häufig für immer schwinden. Wir werden also, solange keine besonderen Indicationen, wie die Bildung eines Abscesses oder einer Perforation des Proc. vermif. und Peritonitis vorliegen, die ja selbstredend die Intervention des Messers verlangen, Opium, Eis und Bettruhe anwenden, bis ein Rückgang des Processes erzielt worden ist. Tritt kein Recidiv ein, nun so können wir sagen: Der Kranke ist radical geheilt; doch leider ist das in den seltensten Fällen die Regel, häufig zeigt ein abermaliger Anfall, dass der erkrankte Proc. vermif. noch nicht zur Ruhe gekommen ist. In solchen Fällen ist der radicalen Therapie, die in Exstirpation des Wurms besteht, der Vorzug zu geben, da wie schon gesagt, das krankhaft veränderte Organ eine beständige Gefahr für den Träger in sich schliesst. Es bleibt den Anschauungen und Erfahrungen des betreffenden Operateurs überlassen, wann die Operation zu erfolgen hat, meiner Ueberzeugung nach wäre es am rationellsten und den pathologischen Verhältnissen am meisten Rechnung tragend, wenn die E

stirpation erfolgte, so bald sich die recidivirende Natur des Leidens declarirt hat, das heisst: nach dem ersten Recidiv, sobald die acuten Erscheinungen völlig geschwunden sind. Weitere Recidive abwarten, hiesse sich die Operation technisch unnütz compliciren, so wie den Kranken grösseren Gefahren aussetzen. Dieses wäre also meiner Ansicht nach die erste und wichtigste Indication für die Operation: Exstirpation des Proc. vermif. bei recidivirender Perityphlitis im freien Intervall, womöglich nach dem I. Recidiv.

Fassen wir den Verlauf der pathologischen Vorgänge ım geschwürig veränderten Wurmfortsatz weiter in's Auge! Gesetzt, die entzündlichen Veränderungen halten ın, der gestaute Inhalt oder verhärtete Kothbröckel, sog. Kothsteine, wirken weiter auf die krankhaft veränlerte Wand ein. Durch allmähliche Nekrotisirung der Schleimhaut kommt es zur Perforation derselben und danit zum Austritt der Vermiformis-Contenta in die Um;ebung des Organs. — Es sind nun 2 Möglichkeiten lenkbar:

1) Es sind Verklebungen des Wurmfortatzes mit der Nachbarschaft vorhanden.

Wir haben bei unseren Resectionen gelegentlich inten:ive Verklebung des Proc. vermif. mit der Umgebung efunden. Dieser Befund hat nichts Befremdliches. Durch ie Erkrankung der Schleimhaut wird eine Mitbetheiliung des serösen Ueberzuges gesetzt, die sich in erhöhter lasticität und damit Verlöthung mit den angrenzenden rganen äussert. Die Perforation kann nun in eine solche ›geschlossene Höhle hinein erfolgen, so dass der Ab:ess localisirt bleibt und eine Infection der gesammten auchhöhle ausbleibt. Ja, der Process im Wurmfortsatz ›rmag nach der Perforation sogar rückgängig zu werden. ie Lage des gesetzten Eiterdepots ist natürlich von ›m Situs des perforirten Organs abhängig und da wir issen, dass die Topographie des Proc. vermif. eine sehr echselnde ist, ist es auch der Sitz der Abscesse.

Ich selbst habe eine Anzahl von Leichen in verschienen Altersstufen auf diesen Punkt hin untersucht und ›nnte mich überzeugen, wie ungemein inconstant die ıge des Darmanhanges ist. Wenn wir uns einen Kreis zogen denken, dessen Centrum der Mac Burney'sche :nkt ist wo in der Regel die Basis des Proc. vermif. h findet, so kann seine Spitze fast auf jedem Punkt r Peripherie des Kreises gelagert sein. Wir werden ın auch thatsächlich nicht irre gehen, wenn wir die ›sste Zahl der intraabdominalen abgesackten Abscesse f eine Perforation des Wurmfortsatzes zurückführen. Ganz ähnlich, wie bei der katarrhalisch-ulcerösen Form Recidive eine grosse Rolle spielen, findet auch bei · perforirenden ein Auffiackern des Processes statt. Es ın so zu mehrfachen Perforationen mit Bildung mul-ler Eiterheerde kommen. Wir haben uns bei Sectionen n Vorhandensein alter multipler Eiterdepots überzeuı können. Ich möchte diese Form der ersten als ulrös-perforirende gegenüberstellen. Wie verhalwir uns hier therapeutisch? Ich glaube die Indication klar genug gegeben. Vermuthen wir Eiter, so tritt alte Chirurgenregel in Geltung: «Ubi pus, ibi evacua! man den Wurm gleich reseciren soll, hängt selbstend davon ab, ob er sich fortnehmen lässt. Ein Suchen nach wird sich natürlich in der eitrigen, entzündlich änderten Umgebung, wegen der grossen Gefahr der ›ction der Bauchhöhle, nicht empfehlen, jedoch meine dass es auch hier angebracht wäre, in zweiter Linie, h Ausheilung des Eiterheerdes, die Totalresection in's ;e zu fassen, wie Dr. v. Bergmann dies in einem l mit ausgezeichnetem Erfolg gethan hat.

) Die Perforation erfolgt in die freie Bauchıle.

Dieses Ereigniss tritt gelegentlich ein bei erst kurze Zeit dauernden Perityphlitiden. Bisweilen ist hier ein Kothstein die schuldige Ursache und man findet dann das Organ nekrotisch, zur Unkenntlichkeit verändert und unter den Rudimenten desselben das Concrement. Oder es handelt sich um die Ausgangsform einer ulcerösen Enteritis, wo Verklebungen ausgeblieben sind oder nicht in genügender Stärke eintraten.

Hier hängt natürlich alles davon ab, ob gleich die ganze Bauchhöhle mit Darmcontentis überschwemmt worden ist, oder ob es sich mehr um die progredient fibrinöseitrige Peritonitis Mikulicz's handelt, die ja bekanntlich dadurch charakterisirt ist, dass ihr noch immerhin eine gewisse Tendenz zur Barrierenbildung durch Verklebung innewohnt. Jedenfalls giebt sie für die Operation eine bessere Prognose, als die diffuse septische Peritonitis. Man macht ja in solchen Fällen wohl den Bauchschnitt, doch nur selten gelingt es den schlimmen Ausgang hintanzuhalten.

Fassen wir noch einmal in knapper Form die Indicationen für den chirurgischen Eingriff zusammen, so operiren wir:

1) Bei der recidivirenden katarrhalisch-ulcerösen Perityphlitis im freien Intervall, womöglich nach dem I. Recidiv. Hier machen wir die Resectio Proc vermif.

2) Bei der perforirenden abscedirenden Perityphlitis, sowie die Diagnose des Abscesses feststeht.

3) Bei der diffusen perforativen Peritonitis durch Erguss in die freie Bauchhöhle.

Wir operiren nicht:

In Fällen typischer perityphlitischer Attaquen, wie sie der ulcerös-katarrhalischen Form eigen sind und als Paradigma dieser Erkrankung dienen können.

Wie ungerecht ist also der Vorwurf, der den Chirurgen gemacht wird, dass sie in jedem Fall von Perityphlitis zum Messer greifen.

Was ist denn eigentlich Neues hinzugekommen? Genau genommen doch nur die Resection des Proc. vermif.; und dass diese, zur rechten Zeit ausgeführt, eine der segensreichsten Operationen ist, deren Begründung durch die geschilderten pathologisch-anatomischen Verhältnisse voll und ganz zugestanden werden muss, wird jeder vorurtheilsfreie Beurtheiler gewiss gern zugeben. Die Eröffnung des Abscesses bei eitriger Perityphlitis, sowie die Laparotomie bei Perforationsperitonitis sind keine Specialoperationen der Perityphlitis, sie treten in ihr Recht, sowie die bekannten Indicationen für die genannten Eingriffe vorliegen. Um gegen die geschilderte Erkrankung, der noch immer viele Leidenden zum Opfer fallen, energisch Front zu machen, ist ein inniges Hand in Hand gehen der inneren Kliniker und Chirurgen unerlässlich. Erst durch Verbindung der inneren Medicin und Chirurgie wird hier die Hülfe geschaffen werden können, die sorgsam den einzelnen Fall berücksichtigend, aus dem pathologisch-anatomischen Studium desselben ihre Heilmittel schöpft. Es soll uns allen ja beständig vorschweben, dass sämmtliche Specialdisciplinen nur Zweige sind am grossen Baume der Naturforschung, die todt sind, sobald sie ihren Zusammenhang mit dieser verlieren, in Verbindung mit ihr aber unserem Können und Erkennen stets weitere Grenzen stecken werden und so beständig reichere Früchte zum Wohle der leidenden Menschheit zeitigen müssen.

Nachtrag zu dem Bericht über die Choleraepidemie in Dorpat (Jurjew).

Im Anschluss an den in der Nr. 44 unserer Wochenschrift erschienenen Bericht über die Entstehung und den Verlauf der gegenwärtig in Dorpat-Jurjew herrschenden Choleraepidemie können wir die Mittheilung machen, dass im hygienischen Laboratorium des Prof. Körber auf Veranlassung des Letzteren bakteriologische Untersuchungen des Brunnenwassers und des Schmutzleitungswassers der verseuchten Stadtgegenden angestellt worden sind. — Diese Untersuchungen, welche auf's Gewissenhafteste von den Doctoranden Glaser, Margolin und Mandelstamm ausgeführt wurden, haben nun das Resultat ergeben, dass sowohl das Sihlwasser, als auch das Brunnenwasser im inficirten Stadttheil gegenwärtig Cholerabacillen enthält. Bis jetzt sind durch das Plattenculturverfahren in zwei Brunnen, Lindenstrasse Nr. 1 und Neustrasse Nr. 18, sowie im Schmutz- und Abfallswasser der Sihle oder Trummenleitung, welche aus der Langen Strasse herstammt und sich bei der Postschen Hefefabrik in den Embach ergiesst, die Koch'schen Kommabacillen nachgewiesen worden. Das Sihlenwasser ist kurz vor der Einmündung der Leitung in den Embach geschöpft worden. Die Untersuchungen werden fortgesetzt und werden wohl noch helleres Licht auf die Genese der Cholera in unserer Stadt werfen.

6. November 1893. Prof. K. Dehio.

Referate.

C. Binz (Professor): Ueber die Wirkung der Salicylsäure auf die Gebärmutter. (Berliner klinische Wochenschrift Nr. 41).

Veranlassung zur Bearbeitung dieses Themas war ein Fall in ärztlicher Praxis, wobei die Aufnahme von 5 Gramm Salicylsäure innerhalb einiger Tage einen Abort im 3. Monate der Schwangerschaft bewirkt haben soll. In der Literatur sind Fälle beschrieben worden, bei welchen die Verabreichung von Salicylsäure jedes Mal zur verstärkten Menstruation, zur Metrorrhagie, zur Vermehrung der Lochialausscheidung führte. Auf Veranlassung von Binz stellte Heinersdorf im pharmakologischen Institute zu Bonn experimentelle Untersuchungen an trächtigen Kaninchen und Meerschweinchen an. Nur in 33 pCt. aller Versuche traten auf innerliche Darreichung von Salicylsäure Fehlgeburten ein, doch auch in diesen Fällen scheint das Mittel nicht allein maassgebend gewesen zu sein, weil grade zur Zeit der strengeren Kälte die Verwerfungen überwiegend waren, während in der Zeit geringerer Temperaturschwankung die gesunden Würfe vorwiegend waren. Die experimentellen Ergebnisse haben somit nicht zum abschliessenden Urtheile geführt. Verf. meint, dass man vorläufig folgende Schlüsse aus Allem, was vorliegt, aufstellen könne: 1) das salicylsaure Natron ist bei schmerzhafter, verspäteter und ungenügender Menstruation Nichtchlorotischer des Versuches werth. 2) Wenn es aus Gründen von Rheumatismus etc. angezeigt erscheint, so ist es nur mit Vorsicht da zu geben, wo eine Neigung zu Fehl- oder Frühgeburt besteht; das Gleiche gilt natürlich für eine Neigung der nichtschwangeren Gebärmutter zu Blutungen.

Abelmann.

Richardson: Ten years experience with inflammation of the vermiform appendix. (Boston medical and surgical Journal. CXXVIII. № 12, pg, 277).

Die richtige Behandlung einer Appendicitis kann nur durch das Studium einer grossen Anzahl Fälle von verschiedenem Typus gelernt werden.

Fall I. Frau 50 J. alt, Erkrankung vor 8 Wochen. Schmerzen in Leber- und Milzgegend. Jetzt gedämpfter Schall und Empfindlichkeit über der ganzen rechten Hälfte des Abdomen. Der rechte Schenkel im Hüftgelenk gebeugt. Schnitt in der rechten Seite, entleert werden grosse Mengen stinkenden Eiters. Der Appendix wurde nicht gesehen, obgleich Kothpartikelchen dafür sprachen, dass er perforirt sein musste. Rasche Genesung.

Fall II. Mann 55 J. alt. Erkrankt vor 6 Tagen, nachdem er 6 Stunden im Walde herumgestreift. Schmerzen in der rechten Inguinalgegend (ähnlich wie er im Frühling 2 mal gespürt). Am nächsten Tage Empfindlichkeit des Abdomen über dem Coecum. Am 3. Tage allgemeine Auftreibung des Bauches, weniger Schmerzen. Am 4. Tage schlimmer. Am 5. Diagnose allgemeine Peritonitis. Operation verweigert. Am 6. Tage wurde doch operirt. Der Appendix perforirt, gangränös, scheinbar hoffnungslose allgemeine Peritonitis Excision des Appendix, Ausspülung der Peritonealhöhle, Tamponade mit Gaze. Tod nach 2 Tagen.

Fall III. 69-jähriger Mann. Erkrankung vor 3 Tagen mit ungeheuren Schmerzen in der rechten Inguinalgegend. Erbrechen, Constipation. Am 4. Tage Abdomen gespannt, schmerzhaft überallhin, Allgemeinzustand hoffnungslos. Hier hätte früher operirt werden sollen, jetzt war es zu spät. Pat. starb am nächsten Tage, allgemeine Peritonitis.

Fall IV. 12-jähriger Knabe. Am 22. October Schmerzen in der rechten Inguinalgegend. Bettruhe. Abführmittel. Am Abend des nächsten Tages, die Schmerzhaftigkeit beschränkt sich auf eine kleine Fläche in der rechten Seite, beginnend von einem Punkt, 3½ Zoll rechts vom Nabel, und von hier nach hinten 2½ Zoll von der crista ilei bis zum Rippenrande. Empfindlichkeit nur auf Druck. Vom 3. Tage bis zum 6. fast gar keine Symptome, Temp. normal etc. Am 7. Tage stand der Kranke auf und am 11 ging er in die Schule. Er kam zurück krank, dieselben Erscheinungen, nur schlimmer. 3. November 1892 Schnitt in die Lumbalgegend, Eiter hinter dem colon ascendens, keine Versuche gemacht den Appendix zu suchen. Genesung. Im Abscess fand sich ein Kothsteinchen. Die Prognose wäre jedenfalls schlimmer gewesen, wenn ein Versuch gemacht worden wäre den Appendix zu finden.

Fall V. 50j. Frau. Vor ½ Jahr Schmerzen und Empfindlichkeit in der rechten regio iliaca. Temperaturerhöhung. Nach 3 Tagen Tumor. Nach 10 Tagen verschwand er. Zweite Attaque vor 16 Tagen. Der Zustand bessert sich anfangs am 7. Tage, doch am 8. kam wieder Temperatursteigerung und am 10. fand sich eine grosse Schwellung in der rechten unteren Hälfte der Bauchhöhle. Am 15. Tage war die T° 105. Puls 130, 4. Nov. Schwellung in der rechten Seite des Douglasschen Raumes. Allgemeinzustand schlecht. Incision in der rechten fossa iliaca; Abscesse eröffnet; Appendix nicht mit Sicherheit zu erkennen. Am nächsten Tage war der Zustand noch höchst besorgnisserregend. Die Geschwulst im Becken vergrösserte sich zusehends. Am Ende der Woche Incision durch die hintere cul-de sac. Drains. Keine Stuhlentleerung; Coecum ad maximum gedehnt, platzt, anus praeternaturalis, langsame Genesung. Die Obstruction war bedingt durch die Geschwulst im Becken. Hier half die Natur.

Kothfisteln bei Appendicitis sind nichts seltenes; Oeffnungen im Coecum werden durch die Naht geschlossen, Fisteln heilen gewöhnlich.

Fall VI. 16 jähriges Mädchen. In einer Woche bildete sich ein Abscess in der rechten Seite. Durch Incision wurden faeculente Massen entleert. Genesung. Appendix nicht aufgesucht, Adhaesionen geschont.

Fall VII. 42 jähriger Mann. 8. Nov. erkrankt, am Morgen. Am Abend T° 100° (F). Die Nacht verbrachte er ruhig. In der Nacht am 2. Tage Puls 132, am Abend des 3. allgemeine Peritonitis. Incision in der rechten linea semilunaris, Befund bestätigt den hoffnungslosen Zustand des Patienten. Tamponade. 2 Drains. Besserung am nächsten Tage. Tod nach 4 Tagen. Hier war die Operation in den ersten 48 Stunden ausgeführt worden und doch war sie schon zu spät, und hätte noch früher gemacht werden sollen. R. ist dafür in den ersten 24 Stunden zu operiren. Man würde mehr Leben retten und unnützes Leiden vermeiden.

Butz.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

G. Müller: Die Widerstandsgymnastik für Schule und Haus. Eine Anleitung zur Erhaltung und Kräftigung der Gesundheit. Leipzig, Verlag von C. L. Hirschfeld. 1892.

Dieses allgemein verständlich gehaltene und mit 50 Abbildungen versehene Büchlein ist dazu bestimmt, dem Publicum die Methode der Widerstandsgymnastik zu veranschaulichen und ihre Bedeutung zu erklären. Der Nutzen der Gymnastik mit Widerstand ist heute zwar ein allgemein anerkannter, aber ihre Ausführung nach einem gewissen System noch wenig verbreitet. Es wird daher dieses vortrefflich ausgestattete handliche und wohlfeile Werkchen gewiss grosse Verbreitung finden.

K.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg

Sitzung am 27. September 1893.

1. Dr. Petersen stellt dem Vereine eine Patientin vor, welche vor einigen Tagen ins Augenhospital mit Andeutungen von Facies leonina eingetreten und von Dr. v. Schroeder auch sofort als eine Leprakranke erkannt worden ist. Dieselbe ist in Gatschina geboren, dann vor 21 Jahren nach Petersburg gekommen, hat aber zeitweilig auch in Kolpino ge-

wohnt. P. hält denselben für einen frischen Fall, obgleich Hauteruptionen verschiedenen Stadiums in weiter Ausbreitung vorhanden sind, so namentlich ein Gemisch von Erythema nodosum und kleinen flachen Knotenbildungen. Auch Beginn von Hautanaesthesie liegt vor. Ihrer Augen wegen (es handelt sich um Iridectomie wegen eines Leukomes) ist sie ins Hospital eingetreten. Obgleich einige Mittel gegen die Lepra empfohlen werden, wie Salicylsäure und Hoana, in welcher Prof. Kobert Strychnin nachgewiesen hat, so sind Isolirung und gute hygienische Verhältnisse doch noch immer das Rationellste, was sich in Anwendung ziehen lässt, in Petersburg aber Mangels einer Leprosorie bisher nicht erreicht werden konnte.

Dr. Petersen, welcher bereits 1888 43 Fälle von Lepra in St. Petersburg constatirt hatte, von welchen 12 aus dem Gouv. St. Petersburg stammten, und der Landschaftsarzt Dr. P. Prochorow, der durch genaue Nachforschungen die Zahl der im St. Petersburger Gouvernement nachgewiesenen Leprafälle bereits auf 51 gebracht, ist es jedoch gelungen, die Aufmerksamkeit der betreffenden Behörden auf diese ernste Angelegenheit zu lenken, so dass nach den Bemühungen des Gouvernements-Medicinal-Inspectors und des Gouverneuren am 31. August d. J. vom Ministerium des Innern das Statut der «Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra im Gouvernement St. Petersburg» bestätigt wurde, deren constituirende Versammlung am 29. Sept. stattfinden soll. (Ueber die Beschlüsse derselben resp. über die Zusammensetzung des Verwaltungsrathes siehe diese Wochenschrift 1893, p. 374).

Dr. Petersen fügt seinen Mittheilungen noch einige Angaben über das Vorkommen der Lepra im übrigen russischen Reiche hinzu, von dessen 89 Gouvernements sich 59 als mit Lepra inficirt erwiesen, von denen bisher jedoch nur Livland bei 169 gezählten und 300 geschätzten Leprakranken über 2 Leproserien in Nennal bei Jurjew (Dorpat) und bei Riga verfügt. Letztere Anstalt musste bald nach der Eröffnung bereits auf 80 Betten vergrössert werden.

2. Dr. Lingen theilt einen Fall von Paralysis ascendens mit, der vollkommen der nach Landry benannten Krankheitsform entspricht und glücklicher Weise einen günstigen Verlauf nahm.

Ein 17-jähriger, gracil entwickelter Jüngling, ein eifriger und geschickter Velocipedist, hatte am 3. Juli eine Fahrt von 45 Werst per Velociped gemacht, nach welcher er sich die darauf folgenden drei Tage ermüdet fühlte und über leichten Kopfschmerz klagte. Eines Morgens fühlte er eine solche Schwäche der Beine, dass er das Bett nicht verlassen konnte, ohne umzufallen, und nur mit Unterstützung schwer zu gehen vermochte; keine Schmerzen, kein Fieber. In den nächsten Tagen nahm die Schwäche der Beine zu, Pat. konnte weder gehen noch stehen; Patellar-Reflex fehlte gänzlich, die ganz schlaffen untern Extremitäten vertrugen alle passiven Bewegungen, die Empfindlichkeit der Haut normal. Die Lähmung setzte sich auf die Muskeln des Rumpfes und Rückens fort, so dass der Patient im Bett gehoben und gewandt werden musste; Sphincteren-Lähmung nicht vorhanden. Am 3. Tage wurden auch die oberen Extremitäten ergriffen, die flectirten Finger konnten nicht gestreckt werden; die Arme gelähmt, nur eine geringe Flexion im Ellenbogen und Handgelenk möglich; durchaus weder Schmerzen im Rücken, noch Druckempfindlichkeit des Wirbels, vollkommen freies Sensorium, leichter Schmerz im Nacken; der Kopf konnte ohne Stütze nicht aufrecht gehalten werden, sank zurück. Geringe Milzvergrösserung; Urin klar, reichlich entleert, in geringem Grade eiweisshaltig. Puls 70, Temp. 36 bis 37°. Am 4. Tage stellten sich Beschwerden beim Schlingen ein, Patient konnte nicht den Mund vollständig öffnen, und nicht kauen, wegen Spannung und Schmerzhaftigkeit der Masseteren, konnte bei gutem Appetit nur mit flüssigen und breiigen Speisen genährt werden. Beim Druck auf die Nervenstämme der Extremitäten und an der Schläfe, gab Patient eine geringe, schmerzhafte Empfindlichkeit zu. In diesem Zustande allgemeiner Lähmung brachte Patient bei Schlaflosigkeit, zunehmender Schwäche und Abmagerung, träger Darmentleerung, hochgradigem Meteorismus des Unterleibes, der Magengegend, sehr deprimirter Gemüthsstimmung eine Woche zu. Am 14. Tage der Erkrankung erfolgte nach einer sehr unruhigen Nacht ein beängstigender Anfall; Pat. klagte über einen beengenden Schmerz im Epigastrium, der Oberbauchgegend, die stark tympanitisch aufgetrieben war; der Schmerz erstreckte sich bis an die Rippenbögen; dabei Athemnoth, Ohnmachtsgefühl, auffallende Blässe des Gesichtes, Puls 80 schwach, Temperatur 35,1. Diese drohenden Symptome verloren sich allmählich, hinterliessen aber ein noch gesteigertes Schwächegefühl. Rhythmus und Töne am Herzen normal nur schwach. Respiration oberflächlich, 26 in der Minute; die Oberbauchgegend blieb tympanitisch und druckempfindlich. Nach einigen Tagen wiederholte sich der Anfall, doch kürzer und schwächer. In der 3. Woche stellten sich Zeichen einer allmählichen Besserung ein, zuerst etwas Beweglichkeit der Handgelenke und Finger, der Fussgelenke und Zehen, das Kauen und Schlingen wurde leichter, der Kopf konnte aufrecht gehalten werden und Patient kurze Zeit aufrechtsitzen. Dann stellte sich allmählich Bewegungsfähigkeit in den Ellenbogen und Knien ein, so dass der Vorderarm und Unterschenkel gestreckt und flectirt, erst später auch Oberarm und Oberschenkel gehoben werden konnten, und zwar an der rechten Seite besser als an der linken. In der 4. Woche erwiesen sich langsame Fortschritte, die Bewegungen des Rumpfes wurden freier, der Patient aber noch recht schwach, die Ernährung besser. In der 5. Woche konnten die Bewegungen der Extremitäten willkürlich ausgeführt werden, aber die Widerstandskraft noch sehr schwach; Unmöglichkeit sich aufzurichten und zu stehen wegen Muskelschwäche. In der 6. Woche bei zunehmender guter Ernährung nimmt auch die Muskelkraft zu, die frühere Empfindlichkeit der Nervenstränge ist geschwunden, dagegen der Druck auf die Muskelbäuche, besonders der an Umfang allmählich zunehmenden Flexoren, empfindlich. Patient fing an zu gehen mit kräftiger Unterstützung, war übrigens noch recht schwach, mager, anaemisch. In den nächstfolgenden Wochen machte er rapidere Fortschritte. Lingen verlor den Patienten, da er in Finnland lebte, für circa 4 Wochen aus den Augen, und als er ihn, am Ende des dritten Monates seit seiner Erkrankung wiedersah, konnte er ihn als geheilt von seiner Lähmung ansehen.

Die Behandlung war eine recht einfache symptomatische, anfangs mercurielle Frictionen des Rückens, später Einpinselungen von Jodtinctur und kalte Waschungen des Rückens, spirituöse Einreibungen der Extremitäten, innerlich Natrum salicylic, Arnica-Infus. China-Tinctur, Arsen, Eisen, schliesslich vom Anfang des zweiten Monates an sehr rationell angewandte Massage und passive Gymnastik, der in Verbindung mit der heilkräftigen Luft Finnlands der Haupttheil an der Heilung des Patienten zuzuschreiben ist.

Da in diesem Falle die Ursache der Krankheit nicht in einer Affection des Rückenmarkes zu finden ist, derselbe auch einen von der nahestehenden Polyneuritis abweichenden Verlauf und Symptomencomplex darbietet, so glaubt L. die Bezeichnung als Landry'sche Paralyse gerechtfertigt, deren Aetiologie und pathologischer Charakter noch einer präciseren Aufklärung bedarf. In diesem Falle könnte wohl eine Uebermüdung durch die sehr anstrengende Velociped-Fahrt, bei einem jugendlichen Individuum schwächlicher Constitution als Veranlassung der schweren Erkrankung zu betrachten sein. (Autorreferat).

Dr. Moritz hat Landry'sche Paralysen wiederholt in Petersburg gesehen, so auch in einem Falle im Deutschen Alexander-Hospital für Männer, der genau in der soeben von Dr. Lingen mitgetheilten Form verlaufen und von Dr. Westphalen als Neuritis multiplex veröffentlicht worden. (St. Petersb. med. Wochenschrift 1890, p. 187).

Dr. Westphalen recapitulirt in Kürze die Krankengeschichten der beiden von ihm nach Influenza beobachteten Fälle, welche muskelstarke junge Leute von 25 und 29 Jahren, einen Kunstreiter und einen Radfahrer betrafen und bei denen es sich in diagnostischer Beziehung nur um drei Krankheitsbilder handeln konnte — die acut aufsteigende Spinalparalyse (Landry'sche Lähmung), die acute Poliomyelitis anterior und die acute multiple Neuritis der peripheren Nerven. Für die Auffassung seiner Fälle als multiple Neuritis, welche zuerst von Leyden ausführlicher beschrieben worden, sprachen die Schmerzhaftigkeit der Nervenstämme, welche sich bei dieser Krankheit oft als Knoten durchfühlen lassen, und der Muskeln auf Druck, der periphere Charakter der Facialislähmung, die früh sich ausbildenden Muskelatrophien, das rasche Erlöschen der elektrischen Erregbarkeit mit Uebergang zur Entartungsreaction, die Betheiligung der Hirnnerven an der Lähmung und die relativ rasche und vollständige Heilung. Gegen die Annahme einer Poliomyelitis anterior in seinen Fällen, von welcher Erkrankung bisher nur ein einziger von Friedrich Schulze angestellter unzweideutiger anatomischer Befund vorliegt, führt W. an die Betheiligung der Faciales und des Glossopharyngeus an der Lähmung sowie die Schmerzhaftigkeit der Nerven und Muskeln auf Druck, welche bei Rückenmarklähmung nicht denkbar wäre. Die Landry'sche Paralyse anlangend, so hält W. es für sehr schwierig, dieselbe der acuten Neuritis gegenüber abzugrenzen, da erstere sich auf kein genügend klinisch festgestelltes Krankheitsbild stützt und lediglich einen Symptomencomplex bedeutet, welchem bis jetzt kein allgemein anerkannter pathologischer Befund zu Grunde liegt. Sehr ähnliche Krankheitsbilder würden bald unter der einen, bald unter der anderen Bezeichnung veröffentlicht und mache sich daher unter den bekannten Neuropathologen der letzten Zeit allmählich das Bestreben geltend, den Begriff der Landry'schen Lähmung ganz fallen zu lassen. Schliesslich weist W. darauf hin, dass Polyneuritis hauptsächlich im Gefolge von Infectionskrankheiten auftritt, deren Toxine diese Lähmungen bewirken, wie solche ja auch der Alkohol hervorzurufen vermöge.

Dr. Moritz fügt hinzu, dass in diesen von ihm gemeinschaftlich mit Dr. Westphalen beobachteten Fällen, gleichfalls Frictionen mit grauer Salbe, nasskalte Einpackungen,

Zinc. valerian. Argent. nitric., Bäder mit Douchen, Massage und Faradisation angewandt wurden. Trotz der vollkommenen Genesung der Pat. glaubt M. dennoch nicht, dieselbe der Therapie zuschreiben zu müssen. Die Krankheit hat offenbar einen cyklischen Verlauf mit einer bestimmten Dauer von 3—4 Monaten.

Director: Dr. Graf Magawly, stellvertretend.
Secretär: Dr. Jalan de la Croix.

Dr. Carl Johansen †

Am 27. October verstarb hierselbst in hohem Alter Dr. Carl Johansen, einer der ältesten unter den hiesigen Aerzten. Der Verstorbene war 1815 in Livland geboren und studirte von 1836—1843 in Dorpat Medicin. In Dorpat war er Mitglied der Corporation Curonia. Nach Absolvirung des Arztexamens war Johansen 1846—1853 Kirchspielsarzt in Sessau (Kurland), siedelte dann nach Petersburg über, war hier 1855—1864 Ordinator am Stadt-Gefängniss-Hospital und von 1865 bis zum Ende des Jahres 1892 Ordinator am städtischen Peter-Pauls-hospital. Ein schweres unheilbares Leiden zwang den trotz seines hohen Alters noch arbeitsfreudigen Mann, den Hospitaldienst aufzugeben. Diesem Leiden ist er nach schwerem Krankenlager erlegen.

Dr. Carl Johansen war eine von den seltenen Persönlichkeiten, die trotz ausgeprägter Eigenart nur Freunde haben. Seine unermüdliche Pflichttreue, sein immer reges Interesse für alle Gebiete der medicinischen Wissenschaften, seine umfassende Allgemeinbildung wurden von Allen anerkannt; sein Wohlwollen, die Nachsicht im Urtheil trotz eigener fester Ueberzeugungen, die Harmonie seines ganzen Wesens, die stete Bereitwilligkeit, Andern behülflich und gefällig zu sein, erwarben ihm die Liebe Aller, die mit ihm zu thun hatten. Auf einen grossen Wirkungskreis verzichtend, lebte der Verstorbene doch ein reiches Leben — reich an verschiedenartigen Interessen, reich an innerem Glück, trotz schwerer äusserer Verhältnisse. Dem Hospital, dem er 28 Jahre lang angehörte, bewahrte er bis zu den letzten Lebenstagen warme Theilnahme, die sich in Fragen nach allen, auch geringfügigen, Aeusserungen des Hospitalslebens äusserte. Nur wer selbst die Schwere des Hospitaldienstes kennt, wird richtig würdigen, dass der Verstorbene eine so lange Reihe von Jahren demselben treu geblieben ist, ohne je ungeduldig zu werden, ohne je über die oft übergrosse Arbeitslast zu klagen. Als ein Mann, der seinen erwählten, fest begrenzten Wirkungskreis vollkommen ausfüllte, der seinem Beruf mit unerschütterlicher Treue lebte, der ausserhalb seiner Berufsthätigkeit sein warmes Gemüth wohlthuend auf seine ganze Umgebung wirken liess — so wird Johansen noch lange im Gedächtniss seiner Dienstcollegen und seiner Freunde fortleben. Friede seiner Asche.

Vermischtes.

— Wie wir bereits berichtet haben, giebt Professor Dr. Henoch aus Altersrücksichten seine Lehrthätigkeit an der Berliner Universität und die Leitung der Klinik für Kinderkrankheiten im Charitékrankenhause auf. Unter denjenigen, welche als seine Nachfolger in Aussicht genommen sind, wird auch unser bekannter Pädiater Dr. Rauchfuss, Director und Oberarzt des hiesigen Kinderhospitals des Prinzen von Oldenburg, genannt.

— Am 9. December vollenden sich 25 Jahre der ärztlichen Thätigkeit des Professors der therapeutischen Klinik an der militär-medicinischen Academie, Dr. Leo Popow. Die Gesellschaft Russischer Aerzte, deren Präsident derselbe gegenwärtig ist, hat ihn aus diesem Anlass zum Ehrenmitglied erwählt. Von der Conferenz der militär-medicinischen Academie wurde Prof. Popow vor einigen Tagen zum Academiker gewählt.

— Der «Wolshki Wjestnik» bringt die Nachricht, welche auch vom «Wratsch» bestätigt wird, dass der Moskauer Professor W. J. Kusmin nach Kasan auf den Lehrstuhl der chirurgischen Facultätsklinik übergeführt wird und Professor L. L. Lewschin, welcher gegenwärtig diesen Lehrstuhl in Kasan inne hat, den Lehrstuhl Prof. Kusmin's in Moskau erhalten soll.

— In dem Auditorium der chirurgischen Klinik der Wladimir-Universität in Kiew ist die Büste des verstorbenen Professors der Chirurgie Wladimir Karawajew, welcher diese Klinik begründet und fast 50 Jahre hindurch geleitet hat, enthüllt worden.

— Ernannt: Der Gehülfe des Militär-Medicinalinspectors des Odessaschen Militärbezirks, wirkl. Staatsrath Dr. Piotrowski — zum beständigen Mitgliede des militär-medicinischen gelehrten Comités, unter gleichzeitiger Entbindung vom bisherigen Amt; der Ehren-Leibmedicus, wirkl. Staatsrath Dr. Roschtschinin und der ord. Professor der militär-medicinischen Academie, Staatsrath Dr. Danilewski — zu berathenden Mitgliedern des obengenannten Comités, beide mit Belassung in ihren bisherigen Stellungen; der Gehülfe des Kalugaschen Gouvern.-Medicinalinspectors Dr. Schtschepetow — zum stellvertretenden Kalugaschen Medicinal-inspector.

— Uebergeführt: Der ältere Medicinalbeamte des Medicinaldepartements, Collegienrath Dr. Lipsky — in's Ministerium des Kaiserlichen Hofes, als Arzt der Direction der Kaiserlichen Theater.

— Verstorben: 1) Am 2. November in Noworossiisk (am Schwarzen Meere) der dortige Arzt Dr. Arthur Böttcher (ein Sohn des verstorbenen Professors der Pathologie gleichen Namens an der Dorpater Universität) am Typhus im 26. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher seine medicinische Ausbildung in Jurjew (Dorpat) erhalten hatte, ist gleich im Beginn seiner ärztlichen Thätigkeit ein Opfer seines Berufes geworden. 2) Am 5. October in Dubno (Wolhynien) der dortige Kreisarzt Nikolai Petrowski im 45. Lebensjahre. Den Arztgrad erlangte er im Jahre 1879 in Charkow, er war aber schon als Student des letzten Cursus in dem letzten türkischen Feldzuge in der activen Armee im Kaukasus als Arztgehülfe thätig gewesen. Seit 8 Jahren fungirte er als Kreisarzt in Dubno. Seine Frau ist mit 2 kleinen Kindern ganz mittellos zurückgeblieben. 3) In Witebsk der St. Petersburger Arzt, wirkl. Staatsrath S. K. Jakowlew, im Alter von 70 Jahren am Schlage. 4) Am 25. October in Warschau der Oberarzt des örtlichen Militär-Lazareths in Troizk (Gouv. Orenburg) Anton Wnorowski im 44. Lebensjahre. 5) In Warschau der jüngere Ordinator am Hospital «Kindlein Jesu» Peter Kraszewski, 55 Jahre alt. 6) In New-York Dr. John Peters, Mitglied der New-Yorker medicinischen Academie und Präsident der dortigen medicinischen Gesellschaft, im Alter von 74 Jahren.

— Am 6. November fand in der Conferenzsitzung der militär-medicinischen Academie in diesem Jahre die erste Entlassung junger Aerzte statt. Von 116 Studenten, welche den Cursus in diesem Jahre absolvirt haben, erhielten nur 35 den Arztgrad (darunter 16 cum eximia laude). Die Ursache, dass in diesem Jahre eine verhältnissmässig so geringe Zahl (nur ⅓ der Studirenden des letzten Cursus) von der Academie als Aerzte entlassen worden ist, muss in dem Umstande gesucht werden, dass viele Studenten ihre Schlussexamina nicht zu den festgesetzten Terminen ablegen konnten, weil sie noch im Frühjahr dieses Jahres in verschiedene von der Cholera heimgesuchte Gegenden des russischen Reiches abcommandirt waren.

— Am 26. October wurde in Gatschina das Asyl für chronisch kranke Kinder in der früheren Villa des verstorbenen Professors S. P. Botkin, welches P. P. Botkin zum Andenken an seinen verst. Bruder der Gesellschaft zur Versorgung chronisch-kranker Kinder geschenkt hat, eingeweiht. — Vom Grafen A. W. Orlow-Denissow sind vor Kurzem 5000 Rbl. ebenfalls für dieses Asyl gespendet worden.

— In der Perejaslawschen Landschaftsversammlung (Gouv. Poltawa) hat der Deputirte Artemjew (näheres über seinen Stand und Bildungsgrad ist leider nicht angegeben) den Vorschlag gemacht, behufs Bildung eines Reservecapitals die Landschaftsschulen und das Landschafts-Medicinalwesen abzuschaffen! Die ersteren könnten ja durch die Kirchenschulen und das zweite durch die Homöopathie ersetzt werden. Auf diese Weise würden statt 37 000 nur 5000 Rbl. verausgabt werden. Es gereicht der Landschaftsversammlung zur Ehre, dass sie das von dem Landschaftsamte aufgestellte Budget für das Volksschulwesen und die Landschaftsmedicin mit überwiegender Majorität bestätigte.

(Kiewskoje Sslowo-Wratsch.)

— Der Reservesoldat Maiboroda und der Fuhrmann Assaba sind von dem Stadtrichter in Ssimferopol für Verbreitung des Gerüchts, dass der Arzt Medisch und andere Doctoren die Cholerakranken vergiften, zu einem Arrest von 15 Tagen verurtheilt worden. (Priasow. Krai — Russ. Med.)

— Bei der am 1. November d. J. veranstalteten Revision der Casse der Hauptverwaltung des «Russischen Rothen Kreuzes» betrug der Bestand derselben 3,345.171 R. 35 K. Mit einbegriffen in dieser Summe ist das Kapital der Filialinstitutionen der Gesellschaft, welches sich auf 1,296,855 Rbl. 65 Kop. beläuft.

— Nach dem am 89. Jahres-Tage (5. November) der Universität Kasan auf dem feierlichen Act verlesenen Jahresberichte betrug die Gesammtzahl der Studi-

renden an diesem Tage 801 (darunter 161 Neueingetretene) und die des Lehrpersonals 138 Personen. Für die Bearbeitung von Preisaufgaben gelangten 2 goldene und 1 silberne Medaille zur Vertheilung. Im Berichtsjahre wurden 136 Diplome ausgestellt. Der Unterhalt der Universität kostete 394,095 Rbl.; das Wohlthätigkeitskapital (für Unterstützungen, Stipendien etc.) betrug 301.305 R., die Specialmittel der Universität belaufen sich auf 35,784 Rbl.

— Der im Juli-Monat verstorbene hiesige Arzt Dr. Eduard Bary, hat der Unterstützungscasse der Studenten der militärmedicinischen Academie 500 Rbl. testamentarisch vermacht.

— Der Wittwe des auf der «Russalka» verunglückten Dr. Swertsckow sind von der zur Unterstützung der Hinterbliebenen gesammelten Summe als erste Rate 660 Rbl. ausgezahlt worden.

— Die Ausgaben für die städtischen Krankenhäuser und Asyle St. Petersburgs pro 1894 sind auf 1,736,004 Rbl. veranschlagt. Diese Summe wird aus folgenden Hauptposten gebildet: Personalbestand der Krankenhäuser und Asyle 264,300 Rbl.; Dienstpersonal 239,500 Rbl.; Kost und Medicamente 569,000 Rbl.; allgemeine wirthschaftliche Ausgaben 365,000 Rbl.; Unterhaltung der Ambulatorien 44,500 Rbl.

— Die Choleraepidemie in Russland nimmt mit jedem Tage ab. Unter sämmtlichen in den beiden letzten Cholerabulletins aufgeführten Gouvernements und Städten weisen nur 5 Gouvernements eine grössere Zahl von Erkrankungen während einer Woche auf, und zwar Podolien, wo vom 10.-23. Oct. 329 Erkrankungen und 145 Todesfälle vorkamen, Wolhynien (vom 17.-30. Oct. 297 Erkr. mit 121 Todesf.), Kiew (vom 10.—30. Oct. 212 Erkr. 80 Todesf.), Tschernigow (vom 17.—30. Oct. 145 Erkr., 61 Todesf.), und Kursk (17.—23. Oct. 107 Erkr., 45 Todesf.) In den übrigen Gouvernements erreichten die Erkrankungen nirgends die Ziffer 100, in den meisten nicht einmal 50. Die Stadt Moskau und das Gouvernement Lublin sind für seuchenfrei erklärt worden. In den Gouvernements Wladimir, Nowgorod, Wjatka, Pensa und der Stadt Warschau gab es vom 24.—30. Oct. keine Neuerkrankungen.

In Riga belief sich der Bestand der Cholerakranken am 5. Nov. auf 7 Personen. Bisher sind dort 53 Pers. erkrankt und 32 gestorben.

In Jurjew (Dorpat) sind zum 8. Nov. 6 Personen in Behandlung verblieben. Die Seuche ist aber neuerdings bereits in mehreren Ortschaften des Jurjewschen Kreises aufgetreten. Aus Mitau wird eine Choleraerkrankung gemeldet.

In St. Petersburg weist die Epidemie einen weiteren Rückgang auf. Vom 3.—10. November Mittags erkrankten hierselbst 38 Personen, genasen 37, starben 9 und verblieben am 10. Nov. in Behandlung 36 Personen, während in der Vorwoche die entsprechenden Ziffern 47, 50, 20 und 56 betrugen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 7. November d. J. 6164 (60 mehr als in der Vorwoche), darunter 342 Typhus — (10 wen.), 728 Syphilis — (8 mehr), 61 Scharlach (1 mehr), 18 Diphtherie — (4 wen.), 47 Masern — (14 mehr), 14 Pocken — (1 wen.) und 29 Cholerakranke — (14 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Ustssysolsk (Gouv. Wologda). Gehalt 1200 R. jährlich und 300 R. Quartiergeld. Adresse: «Устьсысольская Земская Управа».

2) Im Kreise Lgow (Gouv. Kursk) ist eine Landschaftsarztstelle zu besetzen. Geh. 1000 Rbl. und 200 R. Quartiergeld.

3) In der Stadt Lgow ist beim Landschaftshospital, an welchem bereits 2 Aerzte angestellt sind, eine dritte Arztstelle creirt. Gehalt 1000 R. und 300 R. Quartiergeld.

Wegen der Vacanzen 2 und 3 hat man sich an die «Льговская Земская Управа» zu wenden. Personen jüdischer Confession werden nicht angestellt.

4) Für eine Papierfabrik wird sofort ein Arzt gesucht. Gehalt 800 R. nebst freier Wohnung, Beheizung, Beleuchtung und Bedienung. Freie Praxis gestattet. Adresse: «Орловско-Грязская ж. дор., станція Казаки, управляющему Чернавской Писчебумажной фабрики».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 31. October bis 6. November 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
239	199	438	63	40	75	13	11	14	43	37	37	32	36	32	5	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 12, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 6, Scharlach 9, Diphtherie 12, Croup 1, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 20, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 15, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 65, Tuberculose anderer Organe 8, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 26, Marasmus senilis 27, Krankheiten des Verdauungscanals 33, Todtgeborene 34.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 16. November.

Annahme der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

Tagesordnung:
1. Dr. A. Blachstein (als Gast) Ueber Choleratheorieen.
2. Dr. A. Wladimiroff: Ueber Tetanusheilserum.
3. Dr. Nissen: Ueber Diazo-Reaction, ihre diagnostische und prognostische Bedeutung am Krankenbett des Kindes.

◆ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 22. November.

ПРИНИМАЕТСЯ ПОДПИСКА
НА ГАЗЕТУ
„МЕДИЦИНА"
на 1894 (шестой годъ).

Подъ редакціей Профессора Юрьевскаго Университета
Степана Михайловича **Васильева**.

Изданіе, посвященное всѣмъ отраслямъ клинической медицины и гигіены, выходитъ, въ объемѣ—2-хъ листовъ, (лѣтомъ 1-го листа), четыре раза въ мѣсяцъ, по слѣдующей программѣ:

1) Самостоятельныя статьи, лекціи и предварительныя сообщенія русскихъ авторовъ и переводныя статьи и лекціи иностранныхъ авторовъ по всѣмъ отраслямъ клинической медицины, по всѣмъ отдѣламъ общественной и частной гигіены, эпидеміологіи, судебной медицины и гидрологіи, а также по общей патологіи, фармакологіи, анатоміи, физіологіи и патологической анатоміи.
2) Общіе обзоры по различнымъ медицинскимъ вопросамъ.
3) ' татьи по исторіи медицины.
4) Новости медицины изъ русской и иностранной литературы.
5) Статьи и замѣтки по народной, особенно русской, медицинѣ.
6) Критика и библіографія медицинскихъ книгъ, статьей, больничныхъ отчетовъ и изданій, могущихъ чѣмъ либо интересовать врачей.
7) Отчеты о засѣданіяхъ ученыхъ обществъ и о защитѣ диссертацій.
8) Научныя корреспонденціи, хроника и мелкія извѣстія объ ученыхъ изслѣдованіяхъ и открытіяхъ, слухи и выдержки изъ газетъ, имѣющіе исключительно научной интересъ, а также правительственныя распоряженія, могущія чѣмъ либо интересовать врачей.
9) Частныя объявленія и публикаціи, за исключеніемъ рекламъ, о вновь вышедшихъ медицинскихъ книгахъ.

Въ газетѣ принимаютъ участіе: Пр-доц. В. А. Аѳонасьевъ, Пр.-доц. Г. М. Герпенштейнъ, Проф. Н. Ѳ. Голубевъ, Проф. А. П. Губаревъ, Проф. Г. А. Захарьинъ, Проф. Ковалевскій, Проф. А. И. Лебедевъ. Про-доц. Мухинъ, Д-ръ Нечаевъ, Проф. Патенко, Проф. Подревъ, Проф. Поспѣловъ, Д. Д. Поповъ, П. М. Поповъ, Д-ръ Рудневъ, Проф. Скворцовъ, Проф. Снегиревъ, Проф. Тарновскій, Проф. Тумасъ, Пр.-доц. Ѳ. К. Трапезниковъ, Проф. Шилтовъ, Проф. Ясинскій, Проз. А. В. Якобсонъ и др.

Подписка принимается въ С.-Петербургѣ—Редакція: Гороховая д. № 40.

Подписная цѣна за годовое изданіе **ПЯТЬ** рублей, съ доставкой и пересылкой **ШЕСТЬ** рублей.

Статьи высылаются въ Редакцію газеты „**МЕДИЦИНА**", С.-Петербургъ, Гороховая д. № 40.

Оставшіеся въ ограниченномъ количествѣ экземпляры „**МЕДИЦИНЫ**" за 1889, 1890, 1891 и 1892 г. продаются по **ЧЕТЫРЕ** руб. съ перес. Экземпляры 1893 г. по **ШЕСТИ** рублей.

ЕЖЕНЕДѢЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ГАЗЕТА

«ВРАЧЪ»,

посвященная всѣмъ отраслямъ клинической медицины и гигіэны и всѣмъ вопросамъ врачебнаго быта, будетъ выходить и въ будущемъ 1894 году подъ тою-же редакціею и по тойже программѣ, какъ и въ истекающемъ году.

Статьи (въ заказныхъ письмахъ) высылаются на имя редактора *Вячеслава Авксентьевича Манассеина* (Петербургъ, Симбирская, д. 12, кв. 6).

Цѣна за годовое изданіе, какъ съ пересылкой въ другіе города, такъ и съ доставкой въ Петербургѣ, 9 р.; за полгода 4 р. 50 к.; за 3 мѣсяца 2 р. 25 к. Подписка принимается у издателя—*Карла Леопольдовича Риккера* (Петербургъ, Невскій, 14). Къ нему же исключительно слѣдуетъ обращаться и по всѣмъ хозяйственнымъ вопросамъ вообще (относительно высылки гонорара, отдѣльныхъ оттисковъ, неполученныхъ №№ и т. д.).

Dr. Navratil's Sanatorium
in Gries bei Bozen.
Süd-Tirol.

Für Lungenkranke, Herzleidende, Reconvalescenten etc. Sonnige, windgeschützte Lage. Terraincuren. Hydrotherapie.

Auf Wunsch Prospecte und jegliche Auskunft. (109) 4—3

Verlag von F. C. W. Vogel in Leipzig.

Soeben erschien: (120) 1-1

Grundriss
der
Allgemeinen
klinischen Pathologie
von
Dr. Rudolf Krehl.
a. o. Professor und Director der medicin. Poliklinik in Jena.
gr. 8. 1893. Preis 6 M. geb. 7 M. 25 Pf.

Soeben erschien:

Die Medicin der Naturvölker.
Ethnologische Beiträge
zur
Urgeschichte d. Medicin.
Von **Dr. Max Bartels.**
Mit 175 Original-Holzschnitten.
Preis: broch. 9 M., gebd. 11 M.

Leipzig. (119) 2—2 **Th. Grieben's Verlag** (L. Fernau).

Verlag v. AUGUST HIRSCHWALD i. Berlin

Soeben erschien: (121) 1—1

Der Morbus Grasevii
(sogenannter Morbus Basedovii)
von Dr. **P. Mannheim.**
Gekrönte Preisschrift.
1894. gr. 8. Mit 2 Tafeln. 4 Mark.

Zu haben bei den Droguisten und Apothekern.
Man verlange Saxlehner's Bitterwasser.
(90) 26—24



Die Freunde unserer Quelle werden gebeten beim Einkaufe auf die hier beigedruckte Schutzmarke (Portrait) zu achten.

Eigenthümer: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Sophie Jordan, Вас. Остр., 10 лин. д. 11, кв. 9.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.

Fr. **Amalie Schulze**, Офицерская 55/17, кв. 93.

Hinweis: Der Gesammtauflage dieser Nummer liegt ein Prospect der Chemischen Fabrik **Knoll & Co.** in **Ludwigshafen Rhein**, betreffend **«Beiträge zur Diuretin-Litteratur»** bei, worauf wir unsere Leser aufmerksam machen.

Дозв. ценз. Спб. 12 Ноября 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 47 St. Petersburg, 20. November (2. December) **1893**

Ueber Lysol als Antisepticum in der Geburtshilfe.

Nach einem Vortrage, gehalten in dem Aerzteverein für Nordwest-Kurland am 12. Dec. 1892.

Von

Dr. L. Israelson.

Sassmacken (Kurland).

Wenn ich Ihnen, meine Herren, Lysol als Antisepticum in der geburtshilflichen Praxis empfehle, so muss ich vor allen Dingen den Beweis zu erbringen versuchen, dass ein Bedürfniss nach einem neuen derartigen Mittel vorliegt, dass die bisher fast ausschliesslich in Anwendung gebrachten, Carbolsäure und Sublimat, den Anforderungen, die man an ein brauchbares Antisepticum zu stellen hat, nicht genügen.

Im Allgemeinen stellt sich der Gebrauch von Sublimat und Carbolsäure bekanntlich so, dass man zur Desinfection der Hände, sowie der äusseren Geschlechtstheile der Kreissenden entweder Sublimat 1:1000 oder 3—5 pCt. Carbollösung, zur Desinfection der Instrumente und Irrigation des Genitalschlauches ausschliesslich Carbollösung nimmt.

Sublimatausspülung der Vagina, besonders aber des Uteruscavum, haben in vielen Fällen zu tödtlichen Intoxicationen geführt und werden von den meisten Geburtshelfern perhorrescirt. So betont Runge[1]), dass Sublimat «zur Vaginalausspülung wegen der grossen Intoxicationsgefahr nur mit grösster Vorsicht und in sehr schwacher Lösung angewendet werden darf. Die zahlreichen, z. T. sehr schweren, selbst tödtlichen Vergiftungen nach Uterusausspülungen mit Sublimat verbieten die Anwendung desselben nach dieser Richtung hin vollständig». Desgleichen sagt Dührssen[2]): «Zur Uterusausspülung gebrauche man nie Sublimat». Der Sublimatgebrauch würde sich also nur auf Desinfection der Hände und der äusseren Genitalien beschränken; aber auch hierbei erfährt die Anwendung des Sublimats eine Einschränkung. dadurch, dass die Hände eine nach der Fürbringer'schen Methode vorgenommene, energische Desinfection mit Sublimat auf die Dauer schlecht vertragen und auch die Genitalien gar nicht so sehr selten bei Sublimatspülungen ekzematös erkranken. Ferner müssen wir, da die Kalksalze das Sublimat zersetzen, die etwas kostspieligen Angerer'schen Pastillen verwenden und schliesslich darauf achten, dass vor der Anwendung der Sublimatwaschungen sorgfältig alle Seifenspuren von der Haut und von der Nagelbürste entfernt werden, da Seife die antimykotische Wirkung des Sublimats paralysirt.

Gegen Anwendung des Sublimats in der Geburtshilfe sprechen also, trotz seiner energischen antimykotischen Wirksamkeit folgende Gründe: 1) die Intoxicationsgefahr, 2) die technische Unbequemlichkeit der improvisirten Herstellung und der Verwendbarkeit wirksamer Lösungen 3) die, wenn auch nicht constante, Intoleranz der Epidermis gegen Sublimat, 4) die Unmöglichkeit, unsere Instrumente mit Sublimat zu desinficiren und infolgedessen schliesslich 5) die Nothwendigkeit, zwei verschiedene Antiseptica mit sich zu führen.

Nehmen wir aber Carbolsäure als einheitliches Antisepticum sowohl für Instrumente und Hände, als auch für die Kreissende, so ergeben sich folgende Missstände:

1. Bei häufiger Desinfection der Hände stellen sich starke Schmerzhaftigkeit und Anaesthesie ein, ganz abgesehen von der Idiosynkrasie gegen Carbolsäure, welche bei jeder Berührung mit dieser ebenso schmerzhafte wie langwierige Ekzeme zur Folge hat.

2. Ist Carbolsäure ein theures Desinfectionsmittel. Will man z. B. eine Zange nach dem Abkochen in einen mit 5 pCt. Carbollösung gefüllten Topf von noch so geringem Umfange, aber von genügender Höhe, so dass die Zange ganz von der Carbollösung bedeckt wäre, bringen, so hat man, da zur Füllung eines solchen Topfes wenigstens 3 Liter Wasser erforderlich sind, ca. 150,0 Carbolsäure nöthig. Rechnet man zur Desinfection der Hände nur 50,0 d. i. 1 Liter. 5 pCt. Lösung und zur einmaligen Ausspülung des Uterus und der Vagina ca. 80,0 d. s. 2 Liter 3—5 pCt. Lösung, so ergiebt sich ein Verbrauch von 280,0 reiner Carbolsäure, was einen Kosten-

aufwand von ungefähr 1,35 Rbl. (ohne Receptur) repräsentirt.

3. Bekanntlich sind bei fauliger Zersetzung des Uterusinhaltes Ausspülungen des Cavums mittelst 5 pCt. Carbollösung erforderlich. Verträgt auch die ziemlich unempfindliche Uterus-Schleimhaut solche Concentration sehr gut, so ist diese für die Scheide und die Vulva ungemein schmerzhaft. Man muss also bei den Uterusausspülungen mit 5 pCt. Lösung gleichzeitig aus einem zweiten Irrigator mit 1 pCt. Lösung oder mit sterilisirtem Wasser irrigiren. Welche Unbequemlichkeiten es verursacht, 2 Irrigatoren nebst Schläuchen in der Landpraxis mit sich zu führen und diese beiden aseptisch zu machen, das brauche ich Ihnen nicht erst auseinander zu setzen.

4. Aber auch bei der Vorsicht, Uterus und Vagina mit verschieden starken Lösungen zu irrigiren, stellen sich bei Carbolgebrauch Uebelstände für die Frau ein, und zwar in dem Falle, wo es, wie bei puerperaler Endometritis und beginnender Sepsis gilt, täglich oder mehrere Male täglich Uterusausspülungen zu machen. Die Schleimhäute der Vulva und Vagina werden durch Carbolsäure dermassen angeätzt, dass das Einführen des Bozeman in das Uteruscavum der Frau die unerträglichsten Schmerzen verursacht. Der Introitus vaginae verschwillt, es stellen sich Schleimhautgeschwüre ein, die, abgesehen davon, dass sie die Gefahr der Atresia vaginae bedingen können, ein weiteres Vornehmen der Ausspülungen der Schmerzhaftigkeit wegen unmöglich machen. Werden aber weitere Ausspülungen tolerirt, so tritt in einer Anzahl von Fällen nach einigen Tagen Carbolharn und Eiweiss im Urin auf, wir müssen zur Salicyllösung greifen, die aber den grossen Uebelstand hat, dass sie in der gewünschten Concentration nur frisch hergestellt haltbar ist; denn beim Erkalten der Lösung scheidet sich ein Theil der Salicylsäure trotz Alkoholzusatzes aus, so dass für die Landpraxis wenigstens Salicylsäure unanwendbar ist.

5. Als letzten, aber nicht geringsten Uebelstand der Carbolsäure muss ich ihre schwere Löslichkeit im Wasser ansehen, die oft das sich Niedersetzen von Carbolperlen bedingt, welche in den Genitalschlauch gelangt, schmerzhafte Anätzungen der Schleimhäute verursachen.

Trotz dieser Uebelstände, die ja nur unter ungünstigen Verhältnissen zu Tage treten, ist Carbolsäure, bis jetzt wenigstens. das dominirende Antisepticum in der Geburtshilfe geblieben. Es ist das älteste und bestgekannte; wir wissen genau, was wir nach den guten und schlechten Seiten hin von ihm zu erwarten haben. Ausserdem haben sich alle die bis vor Kurzem vorgeschlagenen Ersatzmittel nicht bewährt.

Die Untersuchungen von C. Fränkel, Henle, Delaplanque, Laplace u. a. hatten nämlich ergeben, dass neben der Carbolsäure im Steinkohlentheer noch eine Anzahl wirksamerer und dabei weniger giftiger Körper, die sog. Kresole, enthalten sind. Leider ergab sich der Uebelstand, dass diese werthvollen Stoffe ihrer Unlöslichkeit wegen für die Praxis nicht verwerthet werden konnten. Eins dieser Mittel ist das Thymol, das sich aber seiner geringen Wasserlöslichkeit (1:1100) seiner Unwirksamkeit auf Sporen und seines lästigen, Fliegen anlockenden Geruches wegen in der Praxis nicht einbürgern konnte[3]).

Man versuchte nun, diese wirksamen Bestandtheile in Form einer Emulsion der Praxis dienstbar zu machen und so entstand das Creolin.

Aber gerade der Umstand, dass das Creolin eine Emulsion darstellt, bedingt auch die Unzuverlässigkeit des Präparates, das, als ungiftig empfohlen, bei ausgedehnterer Verwendung seiner uncontrolirbaren Inconstanz wegen bald Veranlassung zu zahlreichen Publicationen über Creolin-Vergiftung gab. Es besteht daher die Liebreich'sche Forderung zu Recht: «Wenn die als Creolin bezeichnete Mischung medicinische Anwendung finden soll, muss das Präparat vor allen Dingen zuvörderst schärfer physikalisch und chemisch gekennzeichnet werden». Da ferner Creolin mit Wasser eine undurchsichtige und unhaltbare Emulsion bildet, so verdeckt sie die in sie gelegten Instrumente und überzieht sie durch Ausscheiden der öligen Bestandtheile mit einer schmierigen, schwer entfernbaren Fettschicht, welche auch die Gummischläuche ruinirt.

Es galt also, ein wasserlösliches Antisepticum ausfindig zu machen, welches neben sicherer antimykotischer Wirkung sich durch möglichst geringe Toxicität, Schmerzlosigkeit bei der Anwendung für Patienten und Arzt, Unschädlichkeit für die Instrumente und schliesslich Billigkeit auszeichnet. Ein solches Mittel wurde unter dem Namen Lysol durch die chemische Fabrik von Schülke und Mayer, Hamburg, in den Handel gebracht.

Auch das Lysol setzt sich aus den wirksamen Bestandtheilen der schweren Theeröle, den sog. Kresolen, zusammen. Dieselben sind aber löslich gemacht in neutraler, daher nicht reizender Seife, in welcher die Kresole frei enthalten sind.

Das Lysol, eine braune, ölige Flüssigkeit von penetrantem, an Creosot gemahnendem Geruch, ist in jedem Wasser leicht löslich, und zwar in destillirtem Wasser bei jeder Concentration als klare Flüssigkeit, in abgekochtem Brunnenwasser jedoch in $^1/_2$—1 pCt. Concentration, als milchige, in 2 pCt. und höherer Concentration aber als durchsichtige, etwas opalescirende Flüssigkeit. Auf letztere Eigenschaft, die Durchsichtigkeit einer 2 pCt. Lösung in Brunnenwasser im Gegensatz zu einer schwächer concentrirten, hat meines Wissens bisher niemand aufmerksam gemacht. Inwiefern sie wichtig ist, wird die weitere Ausführung ergeben.

Das Lysol hat eine höhere antimykotische Kraft, als die übrigen, aus dem Steinkohlentheer gewonnenen Antiseptica; das beweisen, um nur einige Autoren anzuführen, die bakteriologischen Untersuchungen von Schottelius[4]) und Gerlach[5]), welch letzterer seine Untersuchungsresultate in dem Satze zusammenfasst: «Das Lysol ist nicht allein in Reinculturen, sondern auch in Bacteriengemischen wirksamer als Carbol und Creolin». Es beweisen das ferner die klinischen Erfahrungen von Cramer und Wehmer[6]), Hänel[7]), Michelsen[8]), Pée[9]), Pelzer[10]) etc.

«Lysol ist ferner — um Gerlach[5]) wörtlich zu citiren — «von den Antisepticis, welche sich bezüglich ihrer Wirksamkeit mit demselben vergleichen lassen, (insbesondere Carbolsäure, Creolin und Sublimat) das bei Weitem ungiftigste.» Nach demselben Autor repräsentirt bei subcutaner Anwendung die tödtliche Dosis für Lysol 2,3 grm. pro Kilo Thier, für Carbolsäure aber schon 0,3 grm. Diese relative Ungefährlichkeit des Lysols wird noch dadurch beträchtlich gesteigert, dass die Lösung desselben infolge ihrer hohen antimykotischen Wirksamkeit. schwächer genommen werden kann, als die der Carbolsäure. Zur Vaginal- und Uterusausspülung, sowie zur Desinfection der äusseren Genitalien und der Hände genügt eine 1 pCt. Lösung. Für die vorher abgekochten Instrumente verwende ich eine 2 pCt. Lösung, nicht weil eine höhere Concentration behufs Sterilhaltung jener erforderlich ist, sondern weil eine schwächere mit Brunnenwasser bereitete Lösung, wie schon oben erwähnt, milchig, undurchsichtig ist, was das Auffinden der Instrumente in der Lösung erschwert. Durch Verwendung 2 pCt. Lösung aber eliminirt man diesen Uebelstand, denn eine solche ist gut durchsichtig. Man erreicht also mit einer durchschnittlich 3 mal schwächeren Lysollösung, einen sichereren antimykotischen Effect, als mit den gebräuchlichen Carbollösungen und kann erstere ausserdem länger-

Zeit gebrauchen, ohne Vergiftungs-Erscheinungen zu erleben.

Irrigationen mit 1—2 pCt. Lysollösung verursachen der Patientin nicht die mindesten Schmerzen, höchstens ein ganz leises Brennen, das übrigens bald schwindet.

Allen anderen Antisepticis gegenüber zeichnet sich das Lysol durch seine Unschädlichkeit für die Haut aus. Indem es auf die Hände des Operateurs wie eine neutrale Seife wirkt, macht es die Haut weich und geschmeidig; selbst nach häufiger und energischer Desinfection der Hände treten weder An- noch Paraesthesien, weder Schmerzhaftigkeit noch Ekzeme ein, allenfalls ein vorübergehendes Brennen und nach länger fortgesetzter Lysol-Verwendung eine kleienartige Abschuppung der Epidermis. Diese Eigenschaft allein schon wäre hinreichend, das Lysol dem vielbeschäftigten Geburtshelfer, dessen Hände durch die bisher üblichen Antiseptica arg mitgenommen wurden, lieb zu machen. Lysol greift aber auch die Instrumente nicht im mindesten an, die Schärfe leidet auch bei mehrstündigem Liegen in der Lösung nicht, ja nach Cramer und Wehmer[7]) eignet sich dieses Desinficiens wie kein anderes zum Reinigen der Instrumente. Nur Elfenbeingriffe werden nach Prof. Henoch durch langes Liegen in Lysollösung etwas erweicht.

Was den Preis des Lysols betrifft, so ist es um die Hälfte billiger, als Carbolsäure. Ziehen wir aber in Betracht, dass eine ca. 3 mal schwächere Concentration im Vergleich zur Carbolsäure genügt, so stellt sich Lysol 6 mal billiger als Carbolsäure. Zur Ausführung derselben Manipulation, für welche ich Ihnen oben 280,0 Carbolsäure berechnete, bedarf es bei Anwendung von Lysol nur 90,0.

Als besonders schätzenswerthe Eigenschaft des Lysols will ich noch die anführen, dass seine Lösungen als Seifenverbindungen leicht schäumen und auf diese Weise Seife ersetzen. Als Seifenverbindung reinigen sie viel besser, als alle anderen Antiseptica, sie verseifen bei der Desinfection der Hände und des Operationsterrains die diesen anhaftenden Schmutztheilchen und machen daher Aether und Alkohol überflüssig. Die «Desinfection der Hände gelingt bei ausschliesslicher Verwendung von 1—2 pCt. Lysollösung ohne Anwendung von Seife» (Gerlach[6]).

Eine in Lysollösung getauchte Hand ist schlüpfrig und es bedarf in Folge dessen keines Einfettens der untersuchenden Finger. Auch die Vagina, die durch Ausspülung mit Carbolsäure ihre schlüpfrige Beschaffenheit verliert behält dieselbe bei Anwendung von Lysol, wodurch alle Manipulationen in jener erleichtert werden. Man wird daher folgender Behauptung Döderleins[11]) beipflichten: «Die durch das Lysol erzeugte Schlüpfrigkeit, die bei chirurgischen Operationen so störend empfunden wurde, stellt das Mittel für die Desinfection der Genitalien Kreissender über die anderen Antiseptica, zumal dasselbe bis jetzt als völlig ungiftig angesehen werden kann.

Es wird durch diese Präparate an Stelle der natürlichen aber gefahrvollen Schlüpfrigkeit eine artificielle, gefahrlose, aber nicht weniger wirksame gesetzt».

Alle diese Eigenschaften stigmatisiren das Lysol als geeignetestes Antisepticum für die Hebammenpraxis. Die meisten Hebammen werden sich nämlich bei ihrer Neigung zu homöopathischen Dosen eher entschliessen, auf 1 Stof Wasser 2 Theelöffel Lysol als 3 Esslöffel Carbolsäure zu nehmen, sie werden, wenn sie, wie so häufig, Seife für überflüssig halten, ihre Hände auch ohne dieselbe mit der schäumenden Lysollösung genügend desinficiren, zumal bei der milden Wirkung derselben auf die Haut. Ihr, wie das Oelkrüglein der Wittwe nie leer werdendes Carbolölfläschchen mit seinem trüben, schmutzigen Inhalt wird bei der Schlüpfrigkeit der Lysollösung überflüssig, und schliesslich ist die Gefahr eines sich Vergreifens, welche bei Carbolsäure oft eine so verhängnissvolle Rolle spielt, bei Lysol seiner charakteristischen Färbung wegen ziemlich sicher ausgeschlossen*)

Das Lysol entspricht also, wie ich Ihnen in extenso dargelegt, allen Anforderungen an ein geburtshülfliches Antisepticum und darf infolge dessen als solches eine dominirende Stellung beanspruchen. Besonders verdient es als obligatorisches Antisepticum in die Hebammenpraxis eingeführt zu werden, wofür in Deutschland von vielen Seiten lebhaft plaidirt wurde; so von Pée[9]), Pelzer[10]), Dührssen[12]) etc. Den Uebelstand des erst nach wiederholten Waschungen von den Händen zu entfernenden penetranten Lysolgeruches kann man gegenüber den grossen Vorzügen dieses Mittels gern mit in den Kauf nehmen.

Gestatten Sie mir noch zum Schlusse, aus 1½ jähriger Erfahrung mit diesem Mittel in der geburtshilflichen Praxis zwei Embryotomien herauszugreifen, die ich im April und August a. c. in consultativer Praxis auszuführen hatte.

In beiden Fällen handelte es sich um Multiparae mit verschleppter Querlage und abgestorbener Frucht. Die betr. Collegen waren zu spät (in einem Falle war überhaupt keine Hebamme zugegen gewesen) zu den über 1 resp. 3 Meilen entfernten Frauen herbeigeholt worden und konnten die Wendung nicht mehr ausführen. In beiden Fällen waren die Drucksymptome deutlich ausgeprägt: Temp. 40,5—41°, Puls 120—140, unteres Uterinsegment stark ausgezogen. Contractionsring hoch über der Symphyse. Der vorgefallene Arm ödematös, die Epidermis in Blasen abgehoben, stellenweise geplatzt. In dem einen Falle (Kopf rechts, Rücken hinten) lag der Kopf so hoch, dass bei der drohenden Gefahr der Uterusruptur der Weg zu demselben auch in tiefer Narkose nicht zu forciren war. Ich machte deshalb die Evisceration, wobei die hier sehr mühsame Durchschneidung der Wirbelsäule erforderlich wurde. Auch bei dem anderen Falle, bei dem ich die Decapitation ausführen konnte, war der gleichfalls rechts liegende Kopf (Rücken vorn) bei den auch in der tiefsten Narkose nicht ganz sistirenden Wehen, nicht leicht zu erreichen. In beiden Fällen wurde zur subjectiven und objectiven Desinfection ausschliesslich 1 pCt. Lysollösung verwendet, und trotz der vielfachen Untersuchungen durch Hebamme, resp. altes Weib, und 3 resp. 2 Aerzte, trotz der häufigen Manipulationen bei den vergeblichen Wendungsversuchen und den langdauernden Embryotomien im Uteruscavum, trotz des günstigen Bodens, den die gequetschten Geschlechtstheile der hochgradig fiebernden Frauen einer Infection darboten, fielen in beiden Fällen nach einer Ausspülung des Genitalschlauches mit ca. 2½ Liter 1 pCt. Lysollösung die Temperaturen innerhalb weniger Stunden nach den Operationen dauernd zur Norm ab. Auch bei einer Perforation, 2 inneren Wendungen, 6 Zangen, sowie bei einer Anzahl fieberhafter puerperaler Erkrankungen hat sich mir das Lysol auf's Beste bewährt. In den von mir geleiteten normalen Geburten, bei denen ich Lysolausspülungen, und zwar vor Vornahme der inneren Untersuchung nur dann anwende, wenn die Kreissenden vor meiner Ankunft bereits untersucht worden sind, habe ich, seitdem ich Instrumente, Hände und äussere Genitalien mit Lysol desinficire, fieberhafte Wochenbetten weit seltener erlebt, als in der Periode des Carbolgebrauches.

Meine Herren! Ich glaube, meine Ausführungen nicht überzeugender schliessen zu können, als mit einer Bemerkung Dührssen's über das Lysol, die er in der Discussion gelegentlich eines Vortrages von Veit «über

*) Indess wurde vor Kurzem eine Vergiftung mit Lysol infolge Verwechselung desselben mit Ol. jecor. publicirt.

Asepsis in der Geburtshilfe» in der Berliner Gynaekol. Gesellsch. machte. Diese Bemerkung lautet: «Es ist für eine Frau eine Zumuthung, 8 Min. lang abgeseift und dann mit Carbolsäure bespült zu werden. Diese für die Frau unangenehme Procedur würde durch den Gebrauch des Lysols bedeutend vereinfacht werden: der Gebrauch der Seife fiele ganz fort und man hätte nur höchstens 3 Minuten lang die äusseren Geschlechtstheile mit der 1 pCt. Lysollösung zu bespülen und mit der Hand die seifige Flüssigkeit auf der Haut zu verreiben». «Die Carbolsäure und das Sublimat haben den Nachtheil, die Gewebe brüchig zu machen. Diese Uebelstände werden bei Gebrauch des Lysols völlig vermieden. Auch wegen der sonstigen, grossen Vorzüge, die das Lysol gerade in der Praxis bietet — ich verwende es seit einem Jahre ausschliesslich — ist es zu bedauern, dass in dem neuen, demnächst erscheinenden preussischen Hebammenlehrbuch den Hebammen nicht auch die Erlaubniss ertheilt wird, andere ihnen von den Lehrern empfohlene Antiseptica zu gebrauchen, dass sie auf diese Weise an den Gebrauch des theuren, schlecht löslichen die Hände ruinirenden Carbols gefesselt sind».

Literatur.

1) M. Runge, Lehrbuch der Geburtshilfe 1891.
2) A. Dührssen, Geburtshilfliches Vademecum 1890.
3) F. Penzoldt, Lehrbuch der klinischen Arzneibehandlung, 1889.
4) M. Schottelius, Vergleichende Untersuchungen über die desinficirende Wirkung einiger Theerproducte. Münch. Medic. Wochenschrift Nr. 19 u. 20, 1891.
5) V. Gerlach «Ueber Lysol» Zeitschrift für Hygiene X. Band. 1891.
6) Fr. Cramer und P. Wehmer, «Ueber die Anwendung des Lysols in der Praxis». Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 52, 1890.
7) Fr. Haenel, Lysol in der Chirurgie». Deutsche Medic. Wochenschrift. Nr. 22 und 23. 1891.
8) Michelsen, «Anwendung des Lysols in der Gynäkologie u. Geburtshilfe». Centralblatt für Gynäkologie Nr. 1, 1891.
9) A. Pée, «Ueber Ichthyol und Lysol in der Gynäkologie und Geburtshilfe». (Aus der Heilanstalt für Frauenkrankheiten von Dr. A. Martin, Berlin). Deutsche medic. Wochenschrift, Nr. 44, 1891.
10) C. Pelzer, «Lysol und Carbolsäure in der Geburtshilfe». (Aus der Provincialhebammenanstalt in Köln). Deutsche Medic. Wochenschr. Nr. 51, 1892.
11) Döderlein, «Moderne Bestrebungen in der practischen Geburtshilfe». Münch. Medic. Wochenschr. Nr. 50, 1891.
12) Sitzungsbericht der Gesellschaft f. Geburtshilfe u. Gynäkologie zu Berlin vom 11. März und 21. April 1892. Centralblatt f. Gynäkologie Nr. 16 und 21, 1892.

Menstruationsanomalieen in Folge von Botriocephalus latus und Einiges zu dessen Symptomatologie.

Vortrag gehalten am 12. Oct. 1893 in der medicinischen Gesellschaft zu Wilna.

Von

Dr. med. Emanuel Kahn.

Als Prof. Braun (1885) gefunden hatte, dass das im süssen Wasser sich zu einem Embryo entwickelnde Ei des Botriocephalus latus von Fischen, namentlich Hechten verschluckt und durch den Genuss derselben im rohen, gesalzenen Zustande auf den Menschen übertragen werde, war der ursächliche Zusammenhang der Erkrankung an Botriocephalus latus aufgeklärt worden. Prof. Braun's Experiment der Fütterung mit diesen Embryonen, zu dem sich drei Studenten hergegeben hatten, war von positivem Erfolge, ebenso wie gleiche Experimente von Zschokke, Paron, Grassi, Ravelli u. And.

Später fand man diese Embryonen auch in anderen Fischen und zählt Schröder (Врачъ 1892 № 19) eine ganze Anzahl solcher Zwischenträger auf.

Seitdem wandte man dieser Frage etwas lebhafteres Interesse zu. Statistiken. von Banik an der Kinderpoliklinik zu München, Grusdew (Врачъ 1891 № 13 und 14) im Kostromaschen Gouv. Kessler in Petersburg u. v. And., wiesen darauf hin, dass die Erkrankung an Botriocephalus latus in gewissen Gegenden eine bedeutend häufigere ist, als allgemein angenommen wurde, und Grusdew konnte constatiren, dass $^1/_3$ sämmtlicher an Enthelminthen Erkrankter, an Botriocephalus latus litten. Bis zum 10. Lebensjahre, wo Ascaris lumbricoides vorherrscht, ist der Botriocephalus latus eine seltene Erscheinung, nimmt jedoch von da an mit dem wachsenden Alter zu; ähnlich waren auch die Befunde der anderen Statistiken, wenn die Art der Ernährung der betreffenden Bevölkerung mit in Betracht gezogen wurde.

Wenn somit sowohl die Art und Weise, wie auch die verhältnissmässige Häufigkeit der Erkrankung in gewissen Gegenden, wie in Russland, Ostpreussen, Schweden, Schweiz, Japan u. s. w. festgestellt war, konnte die Diagnose bisher nur mit dem Mikroskop gestellt werden wenn nicht einzelne abgegangene Stücke direct auf das Vorhandensein des Parasiten hinwiesen.

Der Zweck dieser Zeilen ist einestheils auf einen gewissen sich stets wiederholenden Symptomencomplex hinzuweisen, der sich mir bei Beobachtung einer grösseren Reihe von Fällen in meiner Praxis in Narva, stets präsentirte, sowie auch anderseits einen Fall zu veröffentlichen, der durch seine Exclusivität auch gynäkologisches Interesse hat.

Olga Ch. . . virgo, 19 Jahre alt, war im 17. Lebensjahre zuerst menstruirt und bis zum Juni 1892 völlig gesund gewesen. Die Regel war von normalem Typus 4 wöchentlich und 4 tägig; seitdem stellten sich jedoch allmählich zunehmende starke Blutungen ein, die mit intensiven Schmerzen im Leibe einhergingen, unregelmässig, bald nach 2, bald nach 3 Wochen, auch in geringern Zwischenräumen auftraten und meist 8 Tage lang anhielten, wobei Pat. wegen der Schmerzen im Leibe gezwungen war das Bett zu hüten, was ihr einige Erleichterung brachte. Einmal trat eine Fiebertemperatur von 39,0° C. auf. Die Untersuchung per anum (dieselbe wurde in der menstruationsfreien Zeit vorgenommen) ergab an den Geschlechtstheilen ausser einer mässigen Vergrösserung und etwas weicheren Consistenz des Uterus, der auf Druck schmerzhaft war, nichts Abnormes. Sichtbare Schleimhäute blass, Lungen frei, Herztöne bis auf ein leichtes anämisches Geräusch normal.

Ich leitete eine Eisentherapie ein, ohne dass nach etwa 3 Wochen irgend welche Besserung eingetreten wäre. Da noch neuerdings Klagen über Uebelkeit und Stuhlbeschwerden, Völle und Druck im Leibe hinzukamen, verordnete ich Ol. ricini, worauf ein $^1/_2$ Meter langes Stück eines Botriocephalus latus abging. Nach Verabreichung von 4,0 Fil. mar. Volmar. ging denn auch ein etwa $6^1/_2$ Meter langer Botriocephalus latus sammt dem Kopfe ab und war die Pat. wie mit einem Schlage von ihren sämmtlichen Leiden befreit.

Die Menstruation, wie die Magen-Darmfunctionen wurden allmählich ganz normal, wie ich in der Folge mich zu überzeugen Gelegenheit hatte.

Leichtere Menstruationsbeschwerden bei Vorhandensein des Botriocephalus latus hatte ich öfter constatiren können, doch waren sie nie von einer solchen Intensität, wie in diesem Falle. Den anämischen Zustand der Pat. möchte ich eher auf die starken Blutverluste zurückführen, als ihn direct dem Einflusse des Botriocephalus latus zuschreiben.

Der Eindruck, den das ganze Krankheitsbild machte, als handle es sich um eine genuine acute Metritis war trotz der Seltenheit dieses Leidens nicht direct von der Hand zu weisen.

Obgleich von vielen Autoren eine selbstständig auftretende acute Metritis nur in Folge von Infectionskrankheiten oder Einwirkung von Giften z. B. Phosphor anerkannt wird, kann ich mich doch nach Beobachtung dieses Falles nicht der Anschauung erwehren, dass auch Noxen innerhalb des Darmtractus andauernde Reizerscheinungen hervorrufen können, die zur acuten Entzündung des Uterus Veranlassung geben. Dass es sich

um eine Anschoppung gehandelt hat, war schon aus der veränderten Consistenz des Uterus zu erkennen, wenngleich keine ausgesprochenen Entzündungserscheinungen wahrzunehmen waren; jedoch ist es nicht undenkbar, dass dieselben nicht ausgebliebe.ı wären, wenn die schädliche Einwirkung des Parasiten längere Zeit gedauert hätte.

Was nun die Symptomatologie anbetrifft, so sind die Ansichten hierüber sehr verschieden. v. Jürgensohn spricht in seinem Lehrbuche dem Botriocephalus latus beinahe sämmtliche Symptome ab, die er wenigstens als «mehr als zweifelhaft» bezeichnet, desgleichen Baginsky, während von anderen Autoren, wie Vogel, Biedert etc. ein nagender, stechender oder kneipender Schmerz, Pupillenerweiterung, wie auch Unregelmässigkeit im Stuhlgange, Erbrechen beobachtet worden sind.

Reyher (Dorpat), Runeberg (Helsingfors), Prof. Dehio (Petersb. med. Wochenschr. Nr. 12 u. 13 1892), Botkin, Podwyssotzky, neuerdings auch Eckert (Petersb. med. Wochenschr. Nr. 39, 1893) und Andere haben progressive perniciöse Anämie nach Botriocephalus latus auftreten sehen; Krämpfe der verschiedensten Art sind beobachtet worden.

Eine aufmerksame Beobachtung des Krankheitsbildes an einer grösseren Reihe von Fällen zeigt ein regelmässiges Wiederkehren gewisser Symptome, die bald mehr, bald weniger ausgesprochen erscheinen. Im Grossen und Ganzen lässt sich sagen, dass körperliche und psychische Beanlagung keine unbedeutende Rolle spielen. Kräftige Personen leiden im Grossen und Ganzen wenig und weisen selten mehr als den bereits erwähnten, zeitweilig auftretenden Schmerz in der Nabelgegend auf, wogegen anämische, schwächliche und besonders nervös beanlagte Individuen nicht selten mit Krämpfen verschiedenster Art (Chorea, Epilepsie, hysterische Krämpfe) auf den Reiz reagiren.

In einem Falle meiner Beobachtung, es handelte sich um eine 28-jährige virgo, die ebenfalls an Menstruationsbeschwerden litt, riefen die Schmerzen maniakalische Anfälle, auf welche hysterische Weinkrämpfe folgten, hervor. Auch diese Pat. genas vollkommen nach Abgang des Parasiten.

Stets vorhanden war der zeitweilig auftretende und wieder verschwindende, nagende Schmerz in der Nabelgegend, verbunden mit dem Gefühl von Völle und Druck im Mesogastrium. Morgens leichte Uebelkeiten und fader Geschmack im Munde, zuweilen ohne Alteration des Appetits. Die Darmerscheinungen an und für sich waren weder so typisch, noch so constant, dass sie zur Diagnose hätten verwendet werden können. Pupillenerweiterung war ebenfalls nicht überall nachzuweisen. Beim Liegen trat stets Erleichterung auf, Alcohol, Narcotica schafften nur vorübergehende Beruhigung. Im Grossen und Ganzen decken sich die Beobachtungen von Hartge in Bezug auf die Symptomatologie (Petersb. med. Wochenschrift Nr. 35, 1893) mit den meinigen, jedoch muss ich noch hinzufügen, dass bei Frauen stets Menstruationsanomalien, bald mehr, bald weniger ausgesprochen, vorhanden waren.

Es sollte daher in Gegenden, wo der Botriocephalus latus eine häufige Erscheinung ist, nie unterlassen werden beim Vorhandensein von Menstruationsstörungen, den Stuhl einer genauen Untersuchung zu unterziehen.

Referate.

T. Thorndike: Long-continued bladder Drainage. (Boston medical. surg. Journ. CXXIX, Nr. 9, pag. 216.)

In vielen Fällen von Erkrankungen der Blase und Prostata ist eine Drainage der Blase indicirt, per urethram oder durch das Perineum. 3 Fälle von lange Zeit durchgeführter Drainagirung der Blase wurden mit Erfolg von Th. behandelt. Der Catheter resp. Drain blieben 3 Wochen, 2½ Monate, 2 Monate; In letzten 2 Fällen wurde darauf permanent ein Rohr durch einen Perinealschnitt in die Blase eingeführt und getragen ohne jegliche Beschwerden. — Die Methode ist empfehlenswerth:

1. In einigen Fällen von Blasen- und Prostataerkrankungen, wo eine Radicalcur unmöglich, als palliatives Verfahren.
2. In Fällen von Pyelitis suppurativa non calculosa und vielleicht auch tuberculosa.
3. In Fällen von hartnäckigen Harnfisteln.
4. In entsprechenden Fällen von Urethritis chronica.
5. In entsprechenden Fällen von Cystitis chr., bei Rückenmarkerkrankungen.

Butz.

Cabot: A case of calculous pyelitis with complete suppression of urine for seven days; relieved by operation. (Boston medical and surgical Journal. CXXIX. Nr. 9, pag. 213).

Die Harnausscheidung kann auf verschiedene Weise sistiren. Durch Steine im Nierenbecken ohne Einkeilung in die Ureteren, indem die Nierensubstanz allmählich schwindet, oder alterirt wird. Durch Steine können beide Ureteren zugleich undurchgängig werden. Eine Niere kann functionsfähig sein und der Ureter der anderen verlegt werden. Der eine Ureter kann undurchgängig geworden sein, und der Reiz von Seiten des Steins reflectorisch die Secretion der anderen Niere zum Stillstand bringen.

Mann von 60 Jahren. Vor 7 Jahren Nierenkolik links, 2 Steine. Vor 5 Jahren Schmerzen in der rechten Niere. Ein Stein, darauf noch 2 Attacken. 6. Dec. Anurie, — 9. Dec. durch den Katheter eine Drachme trüben Urins. Dann wieder nichts — 12 Dec. Trotzdem keine Uebelkeit, kein Kopfschmerz, keine Somnolenz. Untersuchungsresultat negativ. — Laparotomie um beide Nieren bequem untersuchen zu können 14. Dec. Am Morgen der Operation Temperatursteigerung und Irresein. — Rechte Niere vergrössert (3 mal) linke normal, nirgends ein Stein zu fühlen. Blase contrahirt. Lumbale Incision rechts um die Niere besser zu Gesicht zu bekommen. Bimanuelle Palpation. Keine Steine zu finden. Nach der Operation 37 Unzen Urin durch Katheter. 2 Wochen nach der Operation wird die Blase mit einer Lihtrolapaxiepumpe ausgewaschen. Es werden dabei einige gran von Steintrümmern entleert, die Nachbleibsel eines Steins, welcher durch die energischen Manipulationen bei der Operation befreit worden war. — Darauf hin befürwortet C. ähnliche Massage in geeigneten Fällen von eingekeilten Nierensteinchen. — 1) Bei einem Patienten der an Steinen leidet, oder der eine echte Nierenkolik übersteht, muss ein Sistiren der Harnausscheidung dem Steine zugeschrieben werden. In der grössten Mehrzahl der Fälle werden beide Nieren functionsfähig gefunden, denn das Aufhören der physiol. Thätigkeit einer gesunden Niere durch den Reiz eines Steins in dem anderen Ureter, muss sehr selten sein.

2. Diese Fälle müssen operativ behandelt werden, sobald die Sache klar geworden, denn die Chancen sind gering, dass der Stein längs dem Ureter durchgezwängt wird, wenn die Niere keinen Harn ausscheidet.

3. Wenn keine Anzeichen über den Sitz des Steins da sind, muss eine Probelaparotomie ausgeführt werden, in der Hoffnung, hierbei den Stein zu finden.

4. Sollte kein Stein zu finden sein, muss eine ruhige Massage der Nierenbecken und des Ureter zur Blase hin ausgeführt werden, in der Hoffnung einen kleinen, nicht diagnosticirbaren Stein herauszudrängen oder zu zertrümmern.

Butz.

G. Eliot: Appendicitis from the point of view of the physician. (Boston medical and surg. Journal. CXXIV 1893. № 11, pg. 269).

Der Processus vermiformis bietet grosses patholog.-anatomisches Interesse. Wie eine Entzündung desselben lege artis zu behandeln, darüber gehen die Meinungen auseinander; und doch kann man die Verantwortlichkeit des praktischen Arztes kaum überschätzen. Die Gefahren sind gross; das Leben des Kranken ist in der Hand seines Arztes. Beruht die Entzündung nicht auf dem Vorhandensein eines Fremdkörpers, so gehen die Erscheinungen allmählich zurück und können in 2—3 Tagen schwinden.

Die Folgen einer Appendicitis sind mannigfach. Manchmal kommt die Entzündung zu raschem Abschluss und Heilung, und der Kranke ahnt kaum die Gefahren, denen er entgangen. In anderen Fällen wird die Peritonealhöhle bald inficirt und es folgt der Tod, oder es bildet sich ein chronischer Abscess. Dieser kann bersten und die Folge ist Peritonitis und Tod, oder derselbe entleert sich spontan, endigt in Genesung oder Tod, oder es eröffnet ihn der Chirurg, der Kranke bleibt geheilt oder stirbt. Der Therapeut giebt anfangs grosse Dosen Morphium, applicirt örtlich Vesicantien Cataplasmen und leitet durch Magnes. sulph. alle 1—2 Stunden die Darmcontenta ab. Ist ein Fremdkörper die Ursache der Entzündung, so hilft

diese Therapie natürlich nicht, sie soll auch nicht lange angewandt werden, da Eiterung oder Perforation oft schon am 3. oder 4. Tage zu Stande kommt. Das Risico ist so gross, dass kein gewissenhafter Arzt zaudern sollte die Entfernung des Appendix anzurathen.

Wann soll der kranke Appendix entfernt werden? Der 3. Tag ist meist der entscheidende. Die therapeutische Behandlung soll nicht länger als 24—48 Stunden dauern, wird es nicht deutlich besser, so rufe man einen Chirurgen und zwar einen der auch operirt. Nicht alle Patienten die nicht operirt werden, sterben, aber viele würden sterben, wenn man die Operation länger aufgeschoben haben würde. Man operire ehe Complicationen eingetreten. Wird ein Appendix entfernt, wo weder Eiterung noch Gangrän vorhanden, so wird der Fall nur ausnahmsweise letal endigen, in der Mehrzahl der Fälle rettet man den Kranken vor dem drohenden Tode oder permanenter Invalidität. Die Operation auszuführen, wenn Patient die erste Attaque glücklich überstanden, ist kaum anzurathen. Wohl kann man den Patienten von der Gefahr unterrichten und während der folgenden Attaque operiren. Es ist kaum anzunehmen, dass eine Operation vorsichtig und zur rechten Zeit ausgeführt, den Exitus letalis beschleunigt, man soll nicht warten bis ein Abscess sich bildet, oder Gewebe sich abgestossen und eine Perforation zu Stande gekommen.

Butz.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Mittheilungen aus der St. Petersburger Augenheilanstalt. Heft IV. St. Petersburg, Carl Ricker. Dasselbe in russischer Sprache als Beilage zum Westnik oftalmologii Januar—Juni 1893.

Das Heft enthält zunächst die Zahlenberichte für die Ambulanz und Station der Jahre 1889, 1890 und 1891, zusammengestellt von den DDr. E. Blessig, Th. Germann, N. Gagarin. Die bekannten grossen Zahlen früherer Jahre sind in der Ambulanz stetig gewachsen. Es wurden behandelt: 1889: 17658, 1890: 17843, 1891: 18005 Patienten. Das Material ist in XIII Gruppen übersichtlich geordnet und bietet eine Fülle seltener, ja seltenster Fälle.

Die Zahl der stationären Patienten hat dagegen etwas abgenommen. In erster Linie ist dieses wol dem Umstande zuzuschreiben, dass seit 1888 die stationären Patienten in geringerem Umfange unentgeltlich aufgenommen werden können.

Stationär wurden behandelt: 1889: 1134, 1890: 1211, 1891: 1051 Patienten. Operationen wurden ausgeführt: 1083, 1025, 877. Darunter Operationen an der Linse: 277, 274, 254. Operationen an der Iris 266, 255, 243.

Anhangsweise werden zum ersten Male (für das Jahr 1891) auch die ambulant ausgeführten grösseren und kleineren Operationen angegeben. Dieselben erreichten die Zahl von 1659. Es folgt ferner eine Arbeit von Dr. E. Blessig: «Ueber Verletzungen des Auges, zur Statistik und Casuistik der schwereren Verletzungen des Augapfels» Bericht über 410 Fälle, welche in den Jahren 1886 bis 1891 stationär behandelt wurden.

Verf. hat sein grosses Material statistisch ausgenutzt und bietet eine reiche Casuistik, von welcher jeder Praktiker gern Notiz nehmen wird. Das Material ordnet sich in 7 Gruppen:

I.	Penetrirende Wunden der Cornea (resp. Corneoscleralgrenze) ohne Verletzung der Linse	72 Fälle
II.	Penetrirende Wunden der Cornea mit Verletzung der Linse	172 »
III.	Penetrirende Wunden der Sclera	43 »
IV.	Contusionen des Augapfels (mit oder ohne Luxation der Linse)	20 »
V.	Verbrennungen und Verätzungen	42 »
VI.	Verletzungen durch Explosion	11 »
VII.	Schussverletzungen (durch Projectile)	7 »

Man sieht hieraus wie mannigfach das Material ist. Von praktischem Interesse sind die zahlreichen prognostischen und therapeutischen Angaben.

Magnetoperationen bei im Glaskörper constatirtem Eisensplitter wurden 10 ausgeführt. Vier mal gelang es den Fremdkörper zu extrahiren, aber nur ein mal blieb ein gutes Sehvermögen dauernd erhalten.

Von allen Augen mit penetrirenden Wunden der Cornea und Sclera gingen 28,9 pCt. verloren. Ein gutes Sehvermögen behielten 25,7 pCt. Blind oder mit geringem Sehvermögen blieben erhalten 46,4 pCt. Bei weitem die Mehrzahl der Verletzungen war bei der Arbeit in den verschiedensten industriellen Betrieben acquirirt worden. Collegen, welche es häufig mit derartigen Verletzungen zu thun haben, sei diese Arbeit daher ganz besonders empfohlen.

G—n.

Kleinree Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Le Gendre macht auf einige Störungen aufmerksam, welche in Frankreich bei Kindern, besonders bei solchen im Alter von 14—16 Jahren, infolge von ungeeigneten oder übermässigen Sportsübungen in den Schulen auftreten. Ein grosser Theil der Kinder ist zu angestrengten Uebungen nicht fähig und letztere sollten daher stets ärztlich überwacht und für den Einzelnen passend ausgewählt werden. Beim Wettlauf kam es zu Störungen seitens des Herzens. beim Fussballspiel wurde der Grund zu einer Osteomyelitis gelegt, das Bicycle gab Veranlassung zu Typhlitis, Darmblutungen. Bluterguss in die Fossa iliaca, auch Oedeme, Herzarythmien, Nasenbluten etc. wurden beobachtet. Besondere Vorsicht ist bei neuropathischen Kindern und bei solchen mit latenten Herzfehlern und Gelenkerkrankungen geboten. Auch will le G. eine Neigung zur Kyphose infolge forcirter Leibesübungen constatirt haben. So wünschenswerth die Pflege von Spielen und gymnastischen Uebungen in den Schulen ist, ebenso nachdrücklich muss vor Uebertreibungen und schematischer, nicht individualisirender Ausübung derselben gewarnt werden.

(D. med. Ztg.; Prager med. W.).

— Dr. Jarre hielt in der Sitzung der Pariser Academie vom 5 September einen Vortrag, in dem er ausführt, er halte den Tic douloureux für eine Trigeminusneuralgie, die stets (?) durch periphere Läsion des Nerven, und zwar durch narbige Processe bedingt sei. Die Läsionen betrafen immer den Nerven in seinem Verlaufe im Alveolarraume. Als Ursache des Leidens sei also die Entzündung des Kieferknochens infolge von Caries der Zähne (besonders des Weisheitszahnes) anzusehen. J. behandelte den Tic douloureux durch Resection mit folgender Paquelinisation des erkrankten Knochens; er erzielte durch diesen Eingriff bei zehn nach anderen Methoden erfolglos behandelten Fällen Heilung.

(La medicine moderne. Aug. 1893).

— Baschkopf empfiehlt die Salicylsäure gegen Bandwurm. Nach dem Mittagessen nimmt der Kranke ausser Thee oder Suppe Abends nichts mehr bis zum nächsten Tage. als um 8 Uhr 40 gr. Ricinusöl, den nächsten Morgen 7 Uhr 15,0 Ricinusöl und von 8 bis 12 Uhr stündlich 1 gr Acid. salicyl. in toto 5,0. Sollte zwischen 12 und 1 Uhr der Bandwurm nicht abgehen, so reicht man nochmals 15,0 Ricinusöl. Die Resultate sollen glänzende sein, die Methode nicht gefährlich nicht schmerzhaft und sehr einfach.

(Allgemeine Wiener med. Zeitung).

— Seit einigen Jahren wurde in den Kliniken zu Genf und Lausanne die Salicylsäure bei Gelenkrheumatismus percutan angewandt. Prof. Bourget führt auf Grund seiner Beobachtungen folgende Schlusssätze an: Die Absorption der Salicylsäure durch die Haut geschieht rasch und sehr intensiv. Die Haut jugendlicher Individuen hat ein kräftigeres Absorptionsvermögen, als diejenige der alten; diejenige der Blonden scheint durchgängiger, als diejenige der Schwarzhaarigen und Dunkelhäutigen. Die Schnelligkeit und Intensität der Hautabsorption hängt auch von dem angewandten Vehikel ab, welches zur Lösung der Salicylsäure verwendet wird. Die Fette allein ermöglichen in hohem Grade den Durchtritt durch die Haut, während mit Vaseline oder Glycerin derselbe gar nicht oder wenigstens viel träger geschieht. Sehr zu empfehlen ist die Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus mit einer Salicyl-Terpentinsalbe: Acidi salicylici, Lanolini, Ol. Terebinthinae aa 10,0, Axungiae porci 100,0. S. Reichlich, ohne zu reiben auf die Gelenke zu streichen und dieselben dann mit Flanell einzuhüllen. Bei chronischem Rheumatismus soll die Salbe weniger wirksam sein. (Therap. Monatsh. Nr. 11).

Vermischtes.

— Der Fellinsche Kreisarzt Dr. Hermann Truhart (bekanntlich auch Präsident der Gesellschaft livländischer Aerzte seit ihrer Gründung) beabsichtigt, wie der «Felliner Anzeiger» mittheilt, sich dem Zuge derer anschliessend, denen Fellin, in Folge der veränderten Verhältnisse, nicht mehr den Boden für eine gedeihliche Wirksamkeit bietet, im nächsten Jahre den Ort seiner langjährigen Wirksamkeit zu verlassen, um in der benachbarten Universitätsstadt ein neues, erspriesslicheres Feld seiner ärztlichen Thätigkeit zu suchen. Das bevorstehende Scheiden Dr. Truhart's hat, wie das Blatt hinzufügt, nicht verfehlt, in allen Schichten der Felliner Gesellschaft, in einem zahlreichen Freundes- und Verwandten-Kreise, namentlich aber in all' den Häusern, die jetzt ihren bewährten Hausarzt verlieren, rege Theilnahme und aufrichtiges Bedauern hervorzurufen.

— Der Director des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna, Dr. N. W. Sklifassowski sowie die Professoren der militär medicinischen Academie J. T. Tschudnowski und N. J. Ssokolow sind zu be-

rathenden Mitgliedern des Medicinalraths gewählt worden.

— Am 6. December d. J. begeht Geheimrath Dr. M. Rosenberg sein 40-jähriges Dienstjubiläum als Arzt am hiesigen Institut der Ingenieure der Wegecommunicationen des Kaisers Alexander I. Wie verlautet, beabsichtigen zahlreiche Ingenieure, welche im genannten Institut ihre Ausbildung erhalten haben, dem Jubilar an diesem Tage ein Geschenk zu überreichen. (Herold.)

— Befördert: Zum Staatsrath — der ältere Kreisarzt des Fellinschen Kreises Dr. Hermann Truhart.

— Verstorben: 1) Am 13. November zu Reval nach längerer Krankheit der ehemalige Gehülfe des estländischen Gouvernements-Medicinalinspectors, wirkl. Staatsrath Dr. Julius Dehio, im Alter von nahezu 76 Jahren. Zu Reval am 18. Dec. 1817 geboren, erhielt der Hingeschiedene ebendaselbst seine Schulbildung und bezog im Jahre 1836 die Dorpater Universität, an welcher er bis 1843 Medicin studirte und als Student der Corporation «Estonia» angehörte. Nach Erlangung des Arztgrades I. Classe liess er sich in seiner Vaterstadt als freiprakticirender Arzt nieder, trat aber i. J. 1845 in den Staatsdienst und bekleidete successive die Posten eines Ordinators am Revalschen Militärhospital, des Gymnasialarztes daselbst, von 1859—70 den des Operateurs bei der estländischen Medicinalverwaltung und von 1870—86 den Posten des Medicinalinspectorsgehülfen. Zunehmende Kränklichkeit zwangen ihn im Jahre 1886 seinen Abschied zu nehmen und auch seine bis dahin umfangreiche Privatpraxis bedeutend einzuschränken. Die Revaler Blätter rufen dem Verewigten warme Worte der Anerkennung und des Dankes nach und heben neben seiner Berufsthätigkeit auch seinen regen, thätigen Geist und seinen ehrenfesten Charakter hervor. 2) In Moskau am 1. November der dortige Kinderarzt W. J. Persidski im 41. Lebensjahre. 3) In Ssamara der Oberarzt des dortigen Gouvernements-Landschaftshospitals, Staatsrath Dr. Anton Kulesza, im 59. Lebensjahre. Der Verstorbene stammte aus Grodno und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1854—58 studirte. Nach Absolvirung des Studiums war K. anfangs Arzt in Buguruslan, darauf Kreisarzt in Stawropol und seit 1876 Ordinator und zuletzt Oberarzt des Landschaftshospitals in Ssamara. 4) Am 3. November in Sewastopol die Aerztin Alexandra Petrowa, 49 Jahre alt, an Meningitis cerebro-spinalis. Die Verstorbene gehörte zu den ersten Frauen, welche in die eben eröffneten weiblichen medicinischen Curse in St. Petersburg eintraten und im Jahre 1878 ihre Studien absolvirten. Seit dem Jahre 1884 war sie in Sewastopol als Aerztin thätig.

— Am 27. October beging der bekannte Kliniker an der Amsterdamer Universität, Prof. Dr. Heinrich Hertz, sein 25-jähriges Professorjubiläum. Der Jubilar, welcher gegenwärtig 61 Jahre zählt, ist ein geborener Deutscher und war, bevor er nach Amsterdam berufen wurde, Privatdocent in seiner Heimathstadt Greifswald. Von seinen Collegen, seinen zahlreichen früheren und jetzigen Schülern, wie auch von vielen Einwohnern Amsterdams wurden ihm wohlverdiente Ovationen dargebracht.

Dem Director des allgemeinen Krankenhauses in Wien Hofrath Prof. Dr. C. Böhm ist der Kaiserlich russische Stanislaus-Orden II. Classe verliehen worden.

— Die ausserordentlichen Professoren der Wiener medicinischen Facultät M. Kaposi und J. Neumann sind zu ordentlichen Professoren für Dermatologie und Syphilis ernannt worden. Es ist diese Beförderung als eine verdiente Anerkennung der langjährigen und erspriesslichen Lehrthätigkeit derselben zu betrachten, denn Prof. Kaposi ist schon seit dem Jahre 1866 Docent für Dermatologie an der Wiener Universität, seit 1875 Professor extraord. und seit 1881 als Nachfolger Ferd. Hebra's — Leiter der dermatologischen Klinik und Prof. Neumann, welcher bereits auf eine 32 jährige Lehrthätigkeit zurückblickt, wurde im Jahre 1873 ausserordentlicher Professor und 1881 Director der vor ihm von Prof. Sigmund geleiteten Klinik für Syphilis. (Wiener med. Presse.)

— In der Gesellschaft der Odessaer Aerzte ist eine Spaltung eingetreten. Die DDr. Korsch, Popow, Porywajew, Ssokolow, Stroganow, Filippowitsch sind mit 25 anderen Collegen aus der Gesellschaft ausgetreten und haben einen neuen Verein unter dem Namen «Gesellschaft der russischen Aerzte in Odessa» gebildet. Wie verlautet, ist Nationalhader die Veranlassung dazu gewesen.

— Der Redacteur des «Grashdanin», Fürst W. P. Meschtscherski, ist am 9. November für Diffamation der Militärärzte von dem Criminal-Cassations-Departement des Senats, als Appellationsinstanz, zu 10 Tagen Arrest auf der Hauptwache verurtheilt worden.

— Nach dem auf der Generalversammlung der Mitglieder der medicinischen Unterstützungscasse am 6. November verlesenen Jahresbericht pro 1892 betrug der Bestand dieser Casse am 1. Januar 1893 — 329,820 Rbl. 80½ Kop. Im Jahre 1892 sind für Pensionen und einmalige Unterstützungen 13,720 Rbl. 75 Kop. und für die Verwaltung der Casse und die Aufbewahrung der Werthpapiere 1,404 R. 55 Kop. verausgabt worden. Ausserdem befinden sich in der Casse: das Capital auf den Namen des verst. Gründers der Casse A. J. Tschistowitsch im Betrage von 13,006 R. 95 K., das Capital auf den Namen des Prof. Manassein zur Unterstützung von Aerzten und ihren Familien, welches am 1. November d. J. sich auf 9,031 R. 90 Kop. und 35 finnische Mark belief, sowie das in der Abtheilung zur Unterstützung der Aerztinnen gesammelte Capital im Betrage von 752 Rbl. Dazu kommt in nächster Zeit noch der Erlös von dem Verkauf des Gutes, welches die Gattin des Dr. N. J. Tschistowitsch zu Gunsten der medicinischen Hauptunterstützungscasse vermacht hat (cfr. № 44, S. 401 dies. Wochenschrift).

— Der XI. internationale medicinische Congress in Rom ist auf die Zeit vom 29. März bis 5. April 1894 (n. St.) anberaumt.

— In Kiew ist vor Kurzem die neue Abtheilung der geburtshilflichen Klinik eingeweiht worden, zu deren Bau und Einrichtung die Familie Steinheil 50,000 Rbl. gespendet hat. Diese Abtheilung wird den Namen des verstorbenen Barons Rudolf Steinheil und der Baronesse Marie Steinheil tragen.

— Der hiesige Grossindustrielle, schwedischer Unterthan Alfred Nobel hat zu Gunsten des Instituts für Experimental-Medicin 10,000 Rbl. gespendet.

— Aus den vom Medicinaldepartement zusammengestellten Daten über die Opfer, welche die Choleraepidemie im Jahre 1892 und im laufenden Jahre bis zum September-Monat gefordert hat, geht hervor, dass die Cholera in diesem Jahre sich über einen viel grösseren Rayon des Reiches ausgebreitet hat, als im Jahre 1892, dagegen aber viel milder aufgetreten ist. Während im Jahre 1892 vom Mai bis zum September die Zahl der Erkrankungen an der Cholera in Russland 433,643 und die der Todesfälle an der Cholera 215,157 betrug, kamen im laufenden Jahre im gleichen Zeitraume nur 62,107 Erkrankungen und 24,284 Todesfälle an der Cholera vor. Es sind somit in diesem Jahre fast 7 mal weniger Erkrankungen und 9 mal weniger Todesfälle an der Cholera vorgekommen, als im vorigen Jahre. Die grösste Zahl der Erkrankungen und Todesfälle an der Cholera wies in diesem Jahre das Gouvernement Podolien auf, wo nach den officiellen Daten 15679 Personen erkrankten und 5252 Personen starben, was ¼ aller Cholera-Erkrankungen und ⅕ aller Cholera-Todesfälle im Reiche ausmacht. Es folgen dann das Gouvern. Kiew mit 5151 Erkrankungen und 1874 Todesfällen, das Gouvernement Orel mit 4922 Erkrank. und 1802 Todesf., das Gouvernement Kursk mit 3229 Erkrankungen und 1240 Todesfällen u. s. w. In St. Petersburg erkrankten im laufenden Jahre bis zum September-Monat nur 424 Personen und starben 160 Personen an der Cholera, dagegen betrug im Jahre 1892 die Zahl der Erkrankungen 3328 und die der Todesfälle 982.

— Was den gegenwärtigen Stand der Choleraepidemie im Reiche anbelangt, so hat dieselbe soweit nachgelassen, dass, ausgenommen das Gouv. Tschernigow (141 Erkr., 47 Todesf. vom 21.—30. Oct.) in keinem Gouvernement mehr die Zahl von 100 Erkrankungen innerhalb einer Woche erreicht worden ist. Die meisten Neuerkrankungen wiesen noch die Gouvernements Wolhynien, Kiew und Podolien auf. In den Gouvernements Bessarabien, Witebsk, Kaluga, Olonez, Kalisch und Estland sind seit dem 1. November keine Neuerkrankungen vorgekommen. Ebenso ist die Choleraepidemie in der Stadt Riga als erloschen zu betrachten, da seit dem 1. November daselbst kein neuer Erkrankungsfall vorgekommen ist. Im Ganzen sind dort 53 Personen erkrankt und 32 Personen gestorben. In Jurjew (Dorpat) sind am 15. Nov. 2 Cholerakranke in Behandlung verblieben. In St. Petersburg geht die Epidemie allmählich ihrem Ende entgegen. Vom 10.—17. November, Mittags erkrankten hierselbst 20 Personen, genasen 19, starben 16 und verblieben am 17. Nov. in Behandlung 22 Personen, während in der Vorwoche die entsprechenden Zahlen 38, 37, 9 und 36 betrugen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 13. November d. J. 6209 (45 mehr als in der Vorwoche), darunter 329 Typhus — (13 wen.), 744 Syphilis — (16 mehr), 67 Scharlach (6 mehr), 20 Diphtherie — (2 mehr), 59 Masern — (12 mehr), 31 Pocken — (17 mehr) und 27 Cholerakranke — (2 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Bei einem Landschafts-Krankenhause im Kreise Urshum (Gouv. Wjatka) ist eine Arztstelle erledigt. Gehalt 1500 Rbl. jährlich nebst freier Wohnung mit Beheizung und Beleuchtung. Adresse: «Уржумская Земская Управа».

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Sslobodskoi (Gouv. Wjatka). Gehalt bis zum 1. Jan. 1894 — 1000 R.

und nachher 1200 R. jährlich. Nähere Auskunft ertheilt die «Слободская Земская Управа»

3) Landschaftsarztstelle im Kreise Borsna (Gouv. Tschernigow). Es ist ein gut eingerichtetes Hospital mit 8 Betten vorhanden. Gehalt 1500 R. jährlich. Das Nähere zu erfahren bei Dr. A. J. Worobjew (St. Petersb., Таврическая, д. 17, кв. 36).

4) Im Kreise Dankow (Gouv. Rjasan) ist eine Landschaftsarztstelle vacant. Geh. 1000 R. nebst freier Wohnung und 200 R. Fahrtengelder. Es ist ein Hospital mit 10 Betten vorhanden. Adresse: «Данковская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 7. bis 13. November 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
288	194	482	83	28	83	12	6	16	53	55	42	38	33	22	10	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 9, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 6, Scharlach 11, Diphtherie 11, Croup 7, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 20, Erysipelas 6, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 18, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 77, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 33, Marasmus senilis 16, Krankheiten des Verdauungscanals 29, Todtgeborene 31.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 30. November.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 22. November.

Дозв. ценз. Спб. 20 Ноября 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** **Neue Folge X. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 48 St. Petersburg, 27. November (9. December) **1893**

Versuche mit intravenösen Infusionen physiologischer Kochsalzlösung bei Cholera asiatica.

Von

Prof. Dr. Karl Dehio.

(Ein in der med. Gesellschaft zu Dorpat gehaltener Vortrag.)

Die schon vor 20 Jahren von Samuel und neuerdings von Cantani unter dem Namen der «Hypodermoclyse» zur Behandlung des Choleraanfalles so warm befürworteten subcutanen Infusionen von physiologischer Kochsalzlösung haben nicht gehalten, was ihre Erfinder sich von ihnen versprachen. Trotz aller Massage, die zur Vertheilung der subcutanen Wasserbeule angewandt werden soll, ist die Infusion durchaus nicht schmerzlos, und wer dieselbe bei Cholerakranken ausgeführt hat, wird oft genug gefunden haben, dass das Wasser bei weitem nicht so rasch resorbirt wird, als es beim elenden Zustand des Kranken wünschenswerth wäre. Es ist auch leicht zu verstehen, dass die Aufsaugung der Flüssigkeit nur sehr langsam erfolgen kann, da ja die periphere Blutcirculation bei dem pulslosen Kranken fast vollständig fehlt und somit eine Diffusion der injicirten Flüssigkeit in das die Capillaren durchströmende Blut kaum möglich ist. Es ist ferner klar, dass auch eine Resorption auf dem Wege der Gewebsspalten und Lymphbahnen unter diesen Umständen grosse Schwierigkeiten haben muss, da die Bewegung der Gewebslymphe mit der Blutcirculation Hand in Hand geht und daher im asphyctischen Stadium der Cholera gleichfalls total darniederliegt.

Will man daher der Eindickung und Wasserverarmung des Blutes wirksam entgegenarbeiten, so bietet, das ist ohne Weiteres klar, die intravenöse Infusion der physiologischen Kochsalzlösung hierzu ein viel zuverlässigeres Mittel als die Hypodermoclyse. Dass die intravenöse Infusion trotzdem nur selten bei Cholerakranken Verwendung gefunden hat, liegt wohl nur an der grösseren Umständlichkeit des bisher üblichen Verfahrens, welches die chirurgische Bloslegung einer Vene und die nachträgliche Unterbindung derselben erfordert.

Ich habe deshalb den Versuch gemacht die intravenöse Kochsalzinfusion so zu vereinfachen, dass sie keine grösseren Umständlichkeiten oder Schwierigkeiten bietet als die subcutane Wassereinflössung, und mich zu diesem Zweck eines ähnlichen Verfahrens bedient, wie es v. Ziemssen bei seinen bekannten Bluttransfusionen anwendet[1]). Eine scharf geschliffene Hohlnadel von etwa der dreifachen Dimension einer Pravaz'schen Spritzennadel wird durch die Haut hindurch in eine beliebige grössere subcutane Vene hineingestossen und sodann mit dem Gummischlauch eines Esmarch'schen Irrigators verbunden, welcher schon vorher mit der wohlsterilisirten und erwärmten physiologischen Kochsalzlösung gefüllt ist. Meistens habe ich eine der in der Ellenbeuge sichtbaren Venen, zuweilen auch eine Fussrückenvene benutzt. Die Einführung der Nadel gelingt trotz der schwachen Füllung der Blutadern fast ausnahmslos, wenn man dieselben durch Compression oberhalb der Einstichstelle und centripetales Streichen von unten her mit Blut anfüllt; dann erhebt sich die Vene soweit über das Hautniveau, dass sie gut sichtbar wird und mit Leichtigkeit angestochen werden kann, wenn man nur die Vorsicht benutzt, die Haut durch leichten Fingerdruck zu fixiren und am Ausgleiten zu verhindern. Sobald die Nadel in das Venenlumen eingedrungen ist, tropft das dunkle. schwarze Blut aus der Nadel hervor, und giebt dadurch die richtige Lage derselben zu erkennen. Die Verbindung der Nadel mit dem Gummischlauch habe ich meist durch ein gläsernes Ansatzrohr bewerkstelligt, an dessen einem Ende der Irrigatorschlauch aufsitzt und dessen anderes Ende luftdicht in das Mundstück der Hohlnadel hineinpasst. Dieses gläserne Ansatzrohr von etwa 5 Centimeter Länge giebt

[1]) Verhandlungen des XI. Congr. für innere Medicin. Wiesbaden. 1892 p. 166.

dann eine gute Handhabe um die Nadel in ihrer Lage fest zu halten und ermöglicht die Controlle darüber, dass keine Luftblasen in die Vene eintreten. Natürlich muss der Irrigatorschlauch sowie sein gläsernes Endstück vor der Einfügung in's Mundstück der Nadel mit der Infusionsflüssigkeit gefüllt sein. Die Temperatur der Flüssigkeit, welche ich auf 37 bis 39 Grad zu stellen bemüht war, lässt sich leicht durch ein in den Stromlauf eingefügtes Thermometer controlliren. Da das Wasser sich im Irrigatorschlauch leicht abkühlt, ist es nöthig dasselbe im Reservoir auf mehr als Körperwärme zu halten. Bei einem Druck von 2—4 Fuss Wasserhöhe fliesst dann die Kochsalzlösung gleichmässig in die Vene über und es gelingt leicht im Laufe etwa einer halben Stunde einen Liter Flüssigkeit in's Gefässsystem des Kranken einzuflössen. Zuweilen kommt es vor, dass sich etwas Flüssigkeit neben der Nadel aus der Stichöffnung der Venenwand zurückstaut und eine kleine subcutane Wasserbeule bildet, die jedoch den Erfolg der Operation nicht beeinträchtigt. Es versteht sich von selbst, dass für strenge Asepsis durch vorherige Desinfection des ganzen Irrigationsapparates und des Operationsfeldes gesorgt werden muss. Sollte das Einführen der Nadel wirklich einmal nicht gelingen, so ist es leicht die Vene durch einen kleinen Hautschnitt bloszulegen und sodann die Nadel in sie hineinzustossen. Will man die Infusion beenden, so genügt es, die Nadel herauszuziehen und die kaum sichtbare Stichöffnung der Haut mit einem Collodium-Wattebausch zu verschliessen. Ich habe mich bei Sectionen mehrfach davon überzeugt, dass die angestochene Vene später ein völlig freies Lumen behält; nur einmal war sie an der Einstichstelle durch ein kleines gutartiges Blutgerinnsel verlegt, was ja nicht viel zu sagen hat.

Im Ganzen habe ich in der beschriebenen Weise gemeinsam mit Herrn Dr. Graubner, Oberarzt des hiesigen Choleralazarethes, 30 intravenöse Kochsalzinfusionen an 15 Cholerakranken ausgeführt. Wir haben unsere Versuche absichtlich nur an solchen Patienten angestellt, welche sich im ausgeprägt asphyctischen Stadium des Choleraanfalles befanden und in der Radialarterie den Pulsschlag gar nicht oder kaum mehr erkennen liessen; alle Kranke waren tief cyanotisch und eisigkalt anzufühlen und boten somit eine mindestens zweifelhafte Prognose. In der ersten Zeit haben wir öfters 2 Liter Flüssigkeit auf einmal eingeflösst, späterhin aber uns mit einem bis anderthalb Litern begnügt und die Infusion unterbrochen, sobald sich ein gut fühlbarer und zählbarer Radialpuls einstellte. Bei den meisten Kranken haben wir die Infusion 2 bis 3 Mal wiederholt, sobald die Cyanose stärker und der Puls wieder kleiner wurde.

Wenn ich nun versuche ein Urtheil über die Wirkung und den Erfolg unserer Infusionen zu fällen, so muss ich mehrere Gruppen von Kranken unterscheiden.

Ein Theil derselben (5 Kranke) wurden in einem so desolaten Zustand in's Hospital gebracht, dass auf eine wirksame Hülfe von vorn herein nicht mehr zu rechnen war. Wenn wir trotzdem in diesen Fällen 8 mal die Infusion ausgeführt haben, so geschah es nur um den Effect derselben kennen zu lernen. Wir waren nicht wenig erstaunt zu beobachten, dass auch bei diesen vollkommen pulslosen, algiden, soporösen und fast moribunden Kranken sich ausnahmslos nach der Einflössung von 400 bis 800 Cm. Flüssigkeit ein deutlich fühlbarer Radialpuls einstellte. Die Herztöne wurden wieder hörbar, das Bewusstsein wurde klarer und die Kranken begannen oft wieder über die schmerzhaften Muskelkrämpfe zu klagen, auf welche sie schon nicht mehr reagirt hatten. So sicher dieser Erfolg zu erreichen war, so dauerte er doch nur kurze Zeit; nach 3 bis 6 Stunden verschwand der Puls, die Kranken verfielen wieder in den früheren Sopor und nun war auch eine zweite Infusion nicht mehr im Stande die Kranken aus dem trostlosen Zustand herauszureissen, in welchem sie bald zu Grunde gingen.

Bessere, wenngleich leider auch nur zeitweilige Erfolge haben wir bei einer zweiten Gruppe von Kranken zu verzeichnen. Ich rechne hierher 5 Fälle, bei denen im Ganzen 8 Infusionen gemacht worden sind. Auch hier war stets das Bild des algiden Stadiums vollkommen ausgeprägt, auch hier konnten wir ausnahmslos den günstigen Einfluss der Infusion auf den Blutkreislauf schon nach der Einverleibung relativ geringer Flüssigkeitsmengen (600—800 Ccm.) feststellen. Die Herzthätigkeit hob sich schon während der Infusion, die Herztöne wurden deutlicher, der Puls deutlich fühlbar und oft liess sich beobachten, dass die Cyanose abnahm und die eisige Kälte der Extremitäten geringer wurde. Die Frequenz der Herzthätigkeit war nach der Infusion meist geringer, als vorher, und bei zwei betagten Kranken, wo der Carotispuls vorher unregelmässig und aussetzend gewesen war, wurde er später nicht nur kräftiger, sondern auch regelmässiger, indem die Intermissionen fast ganz schwanden. Die im Rectum gemessene Temperatur blieb bei den wenigen Kranken, wo wir sie gemessen haben, unverändert, wohl aber hob sich bei ihnen die Achselhöhlentemperatur um fast einen Grad — ein Beweis für die durch die Infusion erzielte Aufbesserung der peripheren Blutcirculation. In den Fällen, wo grosse Flüssigkeitsmengen (bis 2 Liter auf ein Mal) injicirt worden waren, gewann der Puls sogar eine fast kräftig zu nennende Beschaffenheit, die Pulswelle erreichte eine etwa normale Höhe, blieb jedoch meist celer und der Spitzenstoss konnte zuweilen deutlich gefühlt werden. Auch das subjective Befinden wurde besser und die Kranken lobten die kräftigende und erfrischende Wirkung der Infusion. Das tief in seine Höhle zurückgesunkene Auge bekam wieder Glanz, die Kranken fingen an sich für ihre Umgebung zu interessiren, Auskunft über ihre Krankheit zu geben und die willkürlichen Bewegungen gewannen an Lebhaftigkeit und Energie. Dieses erfreuliche Bild der Wiederbelebung war aber auch hier trügerisch. Zwar hielt es länger an, als bei den Kranken der ersten Gruppe, aber nach 8 bis 12 Stunden wurde der Puls wieder unfühlbar und der algid-cyanotische Zustand der Kranken stellte sich von Neuem ein. Die Wiederholung der Infusion bewirkte zwar öfters eine nochmalige Besserung, aber dieselbe war geringer und von kürzerer Dauer und schliesslich starben die Patienten doch unter allen Symptomen des Stadium algidum. In keinem dieser Fälle ist es uns gelungen, die Nierenthätigkeit, wenn auch nur zeitweilig wieder in Gang zu bringen. — Die Anurie bestand fort trotz aller Infusionen.

Die dritte Gruppe (5 Fälle mit 10 Infusionen) wird von solchen Kranken gebildet, von denen ich glaube, dass sie in der That dank den intravenösen Infusionen über das algide Stadium des Choleraanfalles hinweggebracht worden sind, nur dass sie später den bekannten Nachkrankheiten erlegen sind.

Bei diesen fünf Kranken hielt die durch die Infusion erzwungene Besserung insofern an, als die charakteristischen Symptome des asphyctischen Stadium: Pulslosigkeit, Cyanose und Algidität sich nicht wieder einstellten. Der Puls blieb dauernd befriedigend, die Temperatur war normal, bei zwei Patienten fieberhaft und das Allgemeinbefinden hätte zu guten Hoffnungen berechtigt, wenn nicht die Erscheinungen seitens der Nieren oder des Darmes uns ein drohendes Memento entgegengesetzt hätten. Bei zwei Kranken bestand die Anurie auch in den kurzen Tagen der scheinbaren Besserung fort, bei einem anderen stellte sich ein spärlicher eiweissreicher und massenhafte Nierencylinder enthaltender Harn ein, aber

alle drei starben zu Ende der ersten oder zu Beginn der zweiten Woche unter urämischen Erscheinungen. Die Section bestätigte die Diagnose der Choleraniere. Der vierte Patient starb am 19. oder 20. Tag nach der Erkrankung unter hochgradiger Entkräftung, und die Section ergab als Todesursache gangränösen Decubitus, linksseitige septische lobuläre Pneumonie und Lungenödem. Der fünfte Patient dieser Gruppe überstand den Choleraanfall ohne nachfolgende Nephritis, hatte vom dritten Krankheitstage an reichlichen Urin mit geringen Spuren von Eiweiss und dunkel (blutig) gefärbte stinkende Stühle; am fünften Tage stellten sich Somnolenz und Delirien ein, am sechsten Tage plötzlicher Tod an Herzparalyse. Die Section ergab Enteritis haemorrhagica, parenchymatöse Trübung des Herzfleisches, der Leber, der Nieren, rechtsseitige lobuläre Pneumonie, beiderseitiges Lungenödem.

Endlich sind drei Kranke zu nennen bei denen der Erfolg der Infusion ein vollkommener war und die ich als vierte Gruppe zusammenfasse. In einem Fall handelte et sich um eine 28jährige Patientin, die 12 Stunden nachdem sie mit heftigem Erbrechen und Durchfall erkrankt war, pulslos und tief cyanotisch in's Lazareth kam, wo ihr sogleich 800 Ccm. physiologischer Kochsalzlösung in eine Cubitalvene infundirt wurden. Der Radialpuls wurde dadurch fühlbar (94 p min.) und die Cyanose geringer, allein nach fünf Stunden wurde der Puls wieder kleiner uud nach zwölf Stunden war die Patientin wieder pulslos und algid wie zuvor. Nun wurde ihr eine zweite Infusion von einem Liter Flüssigkeit gemacht, welche dauernden Erfolg hatte. Es stellte sich ein guter Radialpuls (74 p. min.) ein, welcher nicht wieder schwand. Am folgenden Tage waren die Extremitäten ziemlich warm anzufühlen und die Cyanose völlig geschwunden. Die objective und subjective Besserung machte regelmässige Fortschritte, am 4. Krankheitstage erfolgte die erste Urinentleerung, und einige Tage darauf wurde die Kranke als genesen entlassen. Beim zweiten Patienten war der Verlauf ein ähnlicher; 21 Stunden nach der Erkrankung wurden ihm, da er pulslos und tief cyanotisch war, 1200 Ccm. Flüssigkeit in die Vene gespritzt, wonach sich ein deutlich fühlbarer Radialpuls einstellte, der nicht wieder verschwand und auch die Cyanose trat nicht wieder ein. Acht Stunden nach der Infusion erfolgte der erste Urin. Nach 6 Tagen wurde Patient als genesen entlassen. Im dritten Fall wurden bei einer 3 -jährigen Patientin etwa 40 Stunden nach Beginn der Erkrankung wegen tiefer Asphyxie 950 Ccm. infundirt, welche ausreichten, um die bedrohlichen Symptome zu beseitigen. Obgleich 24 Stunden nach der Infusion der Puls sehr klein wurde, so stellte sich doch keine Cyanose ein und subcutane Campherinjectionen genügten, um die Herzthätigkeit wieder zu beleben. Die Genesung erfolgte rasch und ohne Störung.

Wie man sieht, ist es uns bei 18 schwer asphyctischen Cholerakranken, die wir mit intravenösen Kochsalzinfusionen behandelten, nur drei Mal gelungen das Leben dauernd zu erhalten. Will man aber diese Behandlungsmethode objectiv beurtheilen, so darf man nicht vergessen, dass auch von den fünf Kranken der dritten Gruppe der eigentliche Choleraanfall, das Stadium asphycticum. siegreich überstanden wurde und dass der directe Anstoss für die Wendung zum Bessern auch hier offenbar durch die Infusionen gegeben wurde.

Dass auch bei den übrigen Kranken, welche im Choleraanfall starben, dennoch unzweifelhafte, wenngleich kurzdauernde Wirkungen der Infusion auf die Blutcirculation beobachtet wurden, habe ich schon hervorgehoben.

Wie haben wir uns nun diese Wirkungen zu erklären? Eines ist jedenfalls sicher: zur Wiederbelebung der Herzthätigkeit und des Blutkreislaufes bieten uns die Infusionen ein zuverlässiges Mittel, und da wir nicht annehmen können, dass die physiologische Kochsalzlösung irgend welche chemische oder pharmacotherapeutische Wirkungen auf das Herz ausübt, so lässt sich die thatsächlich eintretende Kräftigung der Herzaction nur dadurch erklären, dass wir durch die Infusion die Masse des im Gefässsystem befindlichen Blutes beliebig vermehren. Der Blutdruck wird dadurch unmittelbar gehoben, und da wir wissen, dass jede Steigerung des Blutdruckes eine ausgiebigere und kräftigere Herzarbeit bewirkt, so wird uns die Wiederkehr einer stärkeren Herzaction sofort verständlich. In soweit als die Herzschwäche und Pulslosigkeit im Choleraanfall von der Eindickung des Blutes und der Verminderung der Gefässfüllung abhängt, haben wir es jedenfalls in der Hand die genannten Störungen zu beseitigen. Wenn es dennoch nur in relativ seltenen Fällen gelungen ist die Herzthätigkeit dauernd zu beleben, so ist uns das ein Beweis, dass die verderbliche Herzschwäche nicht einzig von der Verminderung der circulirenden Blutmenge abhängen kann, sondern noch andere Gründe haben muss. Ich suche diese Gründe in der Vergiftung des Körpers mit den aus dem Darm resorbirten Choleratoxinen. Diese sind es, welche den automatischen Herzapparat und vor allem den Herzmuskel schädigen und so die Herzschwäche bewirken. Gehört doch eine hochgradige parenchymatöse Trübung des Herzfleisches zu den constanten Befunden der Cholerasectionen.

Dass die Verdünnung und Vermehrung des Blutes mit der Kochsalzlösung an sich nicht im Stande ist die Toxine aus dem Kreislauf und den Körpergeweben zu entfernen, ist klar. Nur wenn wir im Stande wären durch die Infusion die Ausscheidung der Giftstoffe aus dem Organismus zu befördern, oder dieselben innerhalb des Organismus unschädlich zu machen, nur dann hätten wir Aussicht durch jenes Mittel sichere Heilerfolge zu erzielen. Nach beiden Richtungen hin lässt uns aber die Infusion leider im Stich. Dass die physiologische Kochsalzlösung bei der Cholera specifische antitoxische Wirkungen enthalten sollte, ist von vorn herein nicht zu erwarten, und was die Ausscheidung der Toxine aus dem Körper anlangt, so müssen wir hierfür doch in erster Linie unsere Hoffnung auf die Nierenthätigkeit setzen. Nun haben uns aber unsere Erfahrungen gezeigt, dass die Infusion für die Function der Nieren belanglos ist. Die Anurie lässt sich durch die Hebung der Blutcirculation nicht beseitigen — eine Thatsache, die darauf hinweist. dass wir es bei der Choleraniere nicht mit einer einfachen Ischämie dieses Organs zu thun haben, sondern mit einer parenchymatösen Erkrankung, die wohl, ebenso wie die Affection des Herzmuskels, auf Toxinwirkungen zurückzuführen ist.

Wir besitzen also an den intravenösen Infusionen wohl ein treffliches Mittel um die Herzschwäche zu beseitigen, soweit sie durch die mangelhafte Gefässfüllung bedingt ist, allein den Kern des Krankheitsprocesses trifft diese Behandlungsmethode ebensowenig wie die Hypodermoclyse. Wo die Intoxication des Organismus nicht hochgradig genug ist, um an sich das Leben zu vernichten und wo es noch nicht zu einer irreparabeln Herzschwäche gekommen ist, da kann die Infusion lebensrettend wirken. In den meisten Fällen liegen aber die Verhältnisse nicht so günstig; vielmehr dauert der Intoxicationszustand des Körpers fort und führt schliesslich zur Herzlähmung. auch wenn, dank den Infusionen. von einer Bluteindickung und einem Mangel an Gewebsflüssigkeiten nicht die Rede sein kann. Wir haben uns bei Sectionen mehrfach davon überzeugt, dass bei den Kranken, die mit Infusionen behandelt waren, die berüchtigte Trockenheit aller Gewebe und serösen Häute thatsächlich nicht vorhanden ist. Die schon erwähnte Thatsache, dass die Infusionen desto schwächer wirken,

je später sie vorgenommen werden, erklärt sich nun leicht aus der fortschreitenden Intoxication des Organismus.

Trotz aller Reserve, mit der ich die intravenöse Infusion beurtheile, gebe ich derselben doch entschieden den Vorzug vor der Hypodermoclyse, denn abgesehen davon, dass sie den Kranken weniger belästigt, wird durch sie die Einführung von Flüssigkeit in den Kreislauf mit viel grösserer Sicherheit bewerkstelligt. Dementsprechend springt die Wiederbelebung der Herzthätigkeit und die Aufbesserung des Pulses nach der intravenösen Infusion viel mehr in's Auge, als nach der subcutanen. Die Dauerhaftigkeit des Erfolges lässt bei beiden gleich viel zu wünschen übrig.

Wie man sieht, stimme ich in allen Stücken mit den Ansichten und Erfahrungen überein, die Rumpf[2]) in der Hamburger Epidemie betreffs der intravenösen Infusion an einem freilich viel grössern Material gewonnen hat.

Dass die Infusionen von physiologischer Kochsalzlösung bei strenger Asepsis einen völlig ungefährlichen Eingriff darstellen, hat schon Fränkel[3]) hervorgehoben. Ich schliesse mich dem an; das Lungenödem, welches bei meinen Kranken öfters post mortem constatirt wurde, war nicht häufiger als bei den übrigen Choleraleichen, welche nicht mit Infusionen behandelt worden waren.

Vielleicht liessen sich durch die intravenöse Infusion bessere Resultate erreichen, wenn man mit derselben eine energische Diaphorese verbände. Die allseitig anerkannte günstige Wirkung der warmen und heissen Bäder im algiden Stadium der Cholera sowie die Lobsprüche, welche mehrfach den hydropathischen Schwitzkuren bei Cholerakranken gezollt worden sind, dürften zu Gunsten eines derartigen Vorschlages sprechen. Es ist denkbar, dass, nachdem mittelst der Infusion die periphere Circulation des Blutes aufgebessert und dem Körper Flüssigkeit in grösserer Menge einverleibt worden ist, die Kranken leichter in Schweiss gebracht werden könnten. Vielleicht würde dann die verstärkte Hautthätigkeit für die fehlende Nierenfunction eintreten und die Ausscheidung der toxischen Krankheitsproducte ermöglichen.

Da die hiesige kleine Choleraepidemie augenscheinlich ihrem Ende nahe ist, so werde ich wohl nicht in der Lage sein, nach dieser Richtung therapeutische Versuche anzustellen. Es sollte mich freuen, wenn das vielleicht von andrer Seite geschähe.

---

²) Verhandlg. des 12. Congress für innere Medicin. Wiesbaden 1893. pag. 34.

³) Ebendaselbst. p. 70.

Referate.

Buschke (Greifswald): Ein erfolgreicher Versuch mit der Behandlung von Tuberculose der Extremitäten mittels Stauung nach Dr. Bier. (Deutsche medicin. Wochenschr. Nr. 35, 1893).

Durch Benutzung der bekannten und wissenschaftlich feststehenden Thatsache, dass Herzfehler, welche zu Stauungen in den Lungen führen und Lungenphthise sich auszuschliessen pflegen, kam Bier auf den Gedanken, auch die tuberculös erkrankten Gewebe, vor allem der Extremitäten, unter dieselben der Heilung der Tuberculose so günstigen Bedingungen zu setzen, und auf künstlichem Wege dieselben Verhältnisse zu schaffen, die auf natürlichem in den Lungen infolge von Herzfehlern und Rückgratsverkrümmungen entstehen. — Die Stauung wird in der Art erzeugt, dass das Glied bis dicht unterhalb der Stelle, welche gestaut werden soll, eingewickelt wird und dicht oberhalb des erkrankten Gliedabschnittes ein Gummischlauch oder eine Gummibinde angelegt wird, welche mässig fest angezogen und mittels einer Klemme fixirt wird. Vorsichtshalber wird unter den Schlauch resp. die Binde eine Lage Filz oder Watte gelegt und in der Weise bleibt der Schlauch zuerst nur einige Minuten, dann Stunden und schliesslich über 36 Stunden ohne Schaden liegen. — Bier kam auf Grund seiner Resultate zum Schluss, dass die Stauung imstande sei, in vielen Fällen von Tuberkulose zu heilen, in anderen bessernd einzuwirken, und dass die Methode bei ihrer Ungefährlichkeit jedenfalls zu weiteren Versuchen ermuntere.

Buschke hat nun in einem Fall von schwerer Ellenbogentuberculose, die durch den schlimmen Allgemeinzustand, schlechte Ernährung und vor allem eine nicht leichte Lungenphthise sich weder für eine Jodoformbehandlung, noch für ein operatives Verfahren eignete, einen Versuch mit der von Bier empfohlenen Methode gemacht, weil sie an den Organismus des Kranken keine erhöhten Anforderungen stellte, und kam zu einem ganz überraschend günstigen Resultat. Die Conturen des Ellbogengelenkes wurden normal, die Messung des Umfanges ergab keinen Unterschied von der gesunden Seite, das Oedem schwand völlig, die Palpation wurde völlig schmerzlos und erwies nicht wesentliche Veränderungen der Conturen.

Auch die active und passive Beweglichkeit wurde ergiebig, und die Bewegungen völlig schmerzlos. Bei denselben fühlte man indessen ein lebhaftes Reiben an der Radialseite des Gelenkes. Die Lymphdrüsen blieben unverändert.

Diese Ausheilung ist um so bemerkenswerther, als der allgemeine Ernährungszustand des Patienten sich nicht gebessert hatte und sein Lungenbefund unverändert blieb. Es ist drum kaum anzunehmen, dass ein schwerer tuberculöser Knochenprocess bei einem schwer allgemein geschädigten Individuum spontan zur Ausheilung gekommen ist, und wenn auch nach diesem einen Fall schon ein allgemeines Urtheil nicht gefällt werden kann, mahnt doch diese Krankengeschichte zu einer ernsthaften praktischen Prüfung dieses Verfahrens.

C. Tomberg.

Stepp: Zur Behandlung des chronischen Magengeschwürs. (Therapeutische Monatshefte Nr. 11.)

Seit einer Reihe von Jahren bedient sich Stepp bei der Behandlung des runden Magengeschwürs des Chloroformwassers in Verbindung mit Wismuth, von der Idee ausgehend, dass das Chloroformwasser die Gährungs- und Zersetzungsvorgänge im Magen hintanhält, und auf diese Weise schädliche Einwirkungen auf die Geschwürsfläche vermieden werden. Dem Mittel kommt noch eine blutstillende und gleichzeitig mild-reizende Wirkung zu Gute, als Anodynum kann es aber nicht gelten, da Verf. nie, weder bei Kindern, noch bei Erwachsenen eine local anaesthetische Wirkung des Chloroformwassers beobachtet hat; eher muss es als Analepticum bezeichnet werden, da nach dessen Anwendung gewöhnlich der Puls sich hebt und das Allgemeinbefinden sich bessert. S. verordnet das Mittel folgendermassen: Chloroformii 1,0, Aq. dest. 150,0, Bismuthi subnitrici 3,0, stündlich 1—2 Esslöffel voll. Der Zusatz von Wismuth ist nicht absolut nöthig. Die Behandlung kann auch unmittelbar nach einer stattgefundenen Blutung eintreten, während die Behandlung mit Karlsbader Salz oder mit grossen Wismuthdosen (nach Fleiner) zu dieser Zeit contraindicirt ist. Die Erfolge, welche Verf. mit dieser Methode erzielt hat, waren sehr schön. Wenige Tage nach Anwendung des Chloroformwassers schwindet das fahlgelbe Aussehen der Patienten, es tritt eine frischere Gesichtsfarbe ein, Uebelkeit und Erbrechen lassen nach. Die dem Original beigefügten Krankengeschichten illustriren die günstige Wirkung der von Stepp angewandten Therapie.

Abelmann.

Richard Schmitz (Neuenahr): Die schwere Form der Glykosurie und ihre Diät. (Deutsche medicinische Wochenschrift Nr. 27, 1893.)

Während die Autoren bis jetzt der Ansicht sind, dass bei der schweren Form der Glykosurie, bei welcher sich der Zucker zum grössten Theil im Körper aus den Albuminaten erst bildet, eine animale Diät erst recht nöthig sei, da der Zucker sonst noch mehr zunehmen würde, behauptet Schmitz, dass es Fälle giebt, wo der Zucker sich einzig und allein nur aus den Eiweissen bildet, und wo sogar zu reichlicher Genuss von Eiweissen die Zuckerausscheidung vermehrt. Ob man es mit einer leichten oder schweren Form der Glykosurie zu thun hat, darüber giebt uns das bei beiden Formen wesentlich verschiedene Verhalten des Urins Aufschluss, indem bei der leichten Form der im Laufe des Tages gelassene Urin viel mehr Zucker enthält als der Nachturin, während bei der schweren Form meist das umgekehrte Verhältniss stattfindet. Bei jener hat das Befolgen einer strengen antidiabetischen Diät den Erfolg, dass der Zucker im Tagesurin schnell abnimmt und in kurzer Zeit ganz schwindet, bei dieser wird die Zuckerausscheidung im Nachturin entweder wenig oder gar nicht beeinflusst, ja zuweilen gar trotz der Abstinenz von Kohlehydraten gesteigert, wenn viel Eiweiss Tags vorher gegessen worden war. Bei der schweren Form, wenn sich der Zucker aus den Albuminaten bildet, nimmt der Zucker nach der wes[illegible]

lichen Entziehung der Eiweissnahrung langsam, aber stetig ab. Fernerhin enthält der Urin bei der schweren Form stets Aceton und Diacetsäure in nicht unbeträchtlicher Menge, was bei der leichten Form kaum oder nur äusserst selten der Fall sein dürfte. Schliesslich deutet auch das ganz verschiedene Aeussere der Kranken darauf hin, dass leichte Form und schwere Form der Glykosurie sicher nicht denselben pathologischen Vorgängen ihre Entstehung verdanken. weshalb auch die bei beiden Formen zu beobachtende Diät eine wesentlich verschiedene sein muss.

Nach Verfasser ist bei der schweren Form eine rein animale Ernährung geradezu schädlich für die Glykosurie und verderblich für den Kranken. Hier leistet die Entziehung der Eiweisse geradezu ebensoviel, wie bei der leichten Form der Glykosurie die Entziehung der Kohlenhydrate. Verfasser giebt aus der Reihe seiner Fälle 3 Krankengeschichten wieder, in welchen nach wesentlicher Beschränkung der animalen Nahrung und trotz fortgesetzten Genusses von Kohlehydraten eine auffallende Abnahme des Zuckers sowie eine wesentliche Besserung der Kräfte, des Appetits und des Allgemeinbefindens zu constatiren ist. Speisen, die Glykose selbst oder die ihr verwandten Zuckerarten enthalten, wurden nur dann gestattet, wenn ihr Gehalt an diesen Zuckerarten ein sehr geringer war, stärkemehlhaltige Nahrung jedoch, wonach die Kranken so verlangen, so oft wie nur möglich am Tage, wenn auch nie in sehr grosser Menge verabfolgt.

C. Tomberg.

Robert Morris: Infectious Appendicitis. (Annals of surgery. 1893. XVII. pg. 365).

Die Daten einer infectiösen Appendicitis sind:

1. Histologisch:
   Ein dickes Lager adenoiden Gewebes.
2. Anatomisch:
   a) Ein weiches, erweiterungsfähiges Rohr von Schleimhaut und adenoiden Gewebe, eingeschlossen von einem äusserlichen Rohr von Muskeln und Serosa.
   b) Lymphgefässe die zu den Lymphgefässen im Colon und Mesenterium führen.
   c) Venen die in die vena mesent. sup. münden.
   d) Subseröse-bindegewebige Lager.
   d) Seröses Lager.
3. Pathologisch:
   Gemischte bacterielle Infection vom Darme aus.

Appendicitis ist eine infectiöse exsudative Entzündung des Appendix vermiformis coeci, entstanden durch locale Ursachen, wodurch das schützende Epithel der Mucosa zerstört wird, und der Eintritt von Bakterien in das adenoide Gewebe gefördert. Es kann dabei eintreten: 1) Infection längs den Lymphbahnen vom Appendix zum Colon; Typhlitis, Paratyphlitis, Perityphlitis. 2) Thrombosirung der Venen des Appendix, Thrombophlebitis, Pylephlebitis, Embolia portalis, Abscesse der Leber. 3) Oertliche Peritonitis durch directe Infection des peritonealen Ueberzugs des Appendix. 4) Allgemeine Peritonitis von den infectiösen Thrombi in den Venen des Portalsystems und septischen peritonealen Exsudaten. 5) Oertliche Abscesse im subperitonealen Bindegewebe.

Die dünne Mucosa des Appendix vermiformis coeci besteht aus einer Lage cylindrischer Epithelzellen. Darunter ist eine Lage adenoiden Gewebes, so dick, dass es oft den grössten Theil der Masse des Appendix ausmacht.

Das Epithel kann verletzt werden durch mechanische Insulte, oder auch durch Entzündung der Mucosa des benachbarten Colon. (Typhus, Dysenterie, Cholera).

Das Aussehen eines Appendix, welcher der Sitz einer leichten infectiösen Entzündung ist, ist verschieden je nach der Grösse der Exsudatmenge in den Gewebslagen. Oft scheint er normal, oft wie ein erigirter Kinderpenis. Die Adhaesionen, die sich im Verlaufe einer Entzündung bilden, sind nicht so empfindlich späterer Vergiftung gegenüber, wie die frühere Serosa. Eiter wird auch von Exsudaten, welche das Peritoneum liefert, eingeschlossen. In den schlimmsten Fällen wird durch acute Vergiftung das Peritoneum paralysirt, so dass keine Schutzdämme gebildet werden.

Bei einem Anfall von Appendicitis erstreckt sich der Schmerz zuerst auf das ganze Abdomen, erst später wird er in der rechten Inguinalgegend localisirt. Das ausgedehnte Coecum kann die empfindlichste Stelle maskiren, und einen grossen Abscess bedecken. Die schmerzhaftesten Symptome kommen in den Fällen vor, wo die Muscularis zu Contractionen gereizt wird, wobei die Peristaltik die Contenta gegen das blinde Ende treiben kann. Schmerzhaft sind weiter Exsudate, die grade über die Vasa iliaca zu liegen kommen. Jeder Pulsschlag ist fühlbar. Verbreitung der Infection vom Appendix auf die Wände des Colon und Coecum kann Obstipation durch Lähmung der Peristaltik, oder Diarrhoe durch Reizung der Ptomaine zur Folge haben. Es kann eine Nekrotisirung des Colon einige Zoll vom Appendix resultiren. Galliges Erbrechen ist eine constante Erscheinung.

Recidivirende Fälle von Appendicitis. Vier Typen.

1) Das vergiftete Peritoneum antwortet auf die Infection durch milde locale Peritonitiden, Coliken nicht ausgesprochen; Sepsis nicht der Rede werth.

2) Von Zeit zu Zeit wird die Muscularis zu Contractionen angeregt. Coliken Hauptsymptom, Septicaemie nicht schwer oder langwierig.

3) Grössere oder kleinere Partien der inneren Röhre werden abgestossen und geben Zeichen von septischer Infection, bis die abgestossenen Gewebsfetzen eliminirt werden.

4) Es bildet sich ein chronischer Abscess, der von Zeit zu Zeit sich füllt und wieder langsam resorbirt wird.

Der Process erreicht sein Ende, durch langsame Zerstörung der Mucosa und des adenoiden Gewebes, durch eine acut-entzündliche Katastrophe oder durch einen chirurgischen Eingriff.

Morris ist für einen chirurgischen Eingriff in allen Fällen von Appendicitis. Der mildeste Fall kann zu jeder Stunde durch Exacerbation letal endigen.

M. hat 3 Operationsverfahren erprobt.

1. In Fällen, die nicht complicirt sind durch Eiter oder ausgedehnte Verwachsungen, Incision von 1½ Zoll, in der linea semilunaris d. — Aufsuchen eines longitudinalen Muskelbändchens, welches das Colon kennzeichnet; Auffinden des Appendix. Ligatur des Mesenterium mit Catgut, Umschneiden des äusseren Rohres mit der Scheere dicht am Coecum. Ligiren des inneren Rohres mit Seide so nah wie möglich zum Coecum und Abschneiden desselben. Das Peritoneum um den Stumpf wird scarificirt bis Serum sich zeigt und dann mit 3—4 Lembertnähten über letzteren vereinigt. Einfaches Ligiren des Stumpfes des Appendix nicht anzurathen, weil gefährlich. Bei der Etagennaht der Bauchwunde bekommt die Aponeurose des Obliquus eine Reihe Nähte für sich. (4 Etagen).

2) In den Fällen, wo ausgedehnte Adhäsionen da sind, aber kein Eiter, ist die Incision 2 mal so lang und operirt wird in Trendelenburg'scher Lage.

3) Wo Eiter und Exsudatmassen vorhanden sind ist die Incision 3 mal so lang. Trendelenburg'sche Lage, Adhäsionen werden von unten nach oben gelöst. Man braucht Eiter in der Bauchhöhle nicht zu fürchten, wenn man ihn mit einer Salzlösung oder Drain erreichen kann. Sobald ein Abscess eröffnet ist, wird die Höhle mit H_2O_2 desinficirt. Appendix wird entfernt, Adhäsionen werden gelöst. Die Bauchhöhle wird wenn nöthig ausgewaschen, aber nur durch eine physiologische Kochsalzlösung. Verdächtiger Darm wird nach aussen hin befestigt. Als Drain ein Docht, daumendick, mit Gummi umgeben, worin Löcher geschnitten. Der Drain reicht bis in's Becken. Der resorbirende Verband wird manchmal stündlich gewechselt werden müssen. Nach 40 Stunden kann man den Drain entfernen. Laxantia in der Nachbehandlung (Salze.)

1) Fälle von Appendicitis ohne ausgedehnte Adhäsionen etc. 28 — genesen 28, gestorben 0.
2) Fälle II. Categorie 9, genesen 9.
3) Fälle mit Eiter oder inficirten Exsudatmassen 11, genesen 7, gestorben 4.

2 Todte waren seine ersten Fälle, wo die Abscesse nur geöffnet, der Appendix nicht aufgesucht, Adhäsionen nicht gelöst wurden. Septicaemie wegen multipler Abscesse. 1 starb im Shok, wo ausgedehnte Adhäsionen gelöst werden mussten. (Eine Resection wäre rationeller gewesen) 1 starb eine Woche nach der Operation an innerer Incarceration (M. nicht anwesend).

Bei bestehender Appendicitis ist oft vom behandelnden Arzt eine andere Diagnose gestellt worden; Febris typhoides, Grippe, Typhlitis, Perityphlitis, Paratyphlitis, Coecitis, Intussusceptio, Peritonitis idiopathica, Salpingitis, Ovaritis, Gallensteine, Psoasabscess etc. etc.

Man kann ein Ovarium unnützer Weise entfernen, einen Appendix nie, sintemal letzterer an und für sich keine Bedeutung hat.

Butz.

M. A. Lunz (Moskau): Ein Fall von Friedreich'scher Krankheit (Hereditäre Ataxie). (Deutsche medicinische Wochenschr. Nr. 33. 1893.)

Bei aufmerksamer Sichtung der in der Litteratur beschriebenen Fälle von Friedreich'scher Krankheit muss man zugeben, dass viele dieser Fälle nicht zu dieser Erkrankung gehören. so dass die Zahl der typischen Fälle bedeutend eingeschränkt werden muss. Der von Verfasser geschilderte Fall darf als typisch angesehen werden, weil er fast alle Symptome der Friedreich'schen Krankheit in sich vereinigt. — Es handelt sich um einen 13-jährigen Knaben, der mütterlicherseits stark hereditär belastet, in seinem 2. Lebensjahr normal

zu gehen anfing; am Ende des 2. Lebensjahres machte er Masern durch, wonach sich der anormale Gang einstellte, im 7 und 8. Jahre traten die unregelmässigen Bewegungen in den oberen Extremitäten und bald darauf die Störung der Sprache auf, während die geistige Entwickelung des Knaben normal vorwärts schritt. Die hereditäre Belastung ist bei dem Patienten einerseits in Heterologenform (Grossvater Alkoholist, Mutter nervös), andererseits in Homologenform ausgedrückt, da der jüngere Bruder des Patienten nach den genauen Angaben des Vaters unzweifelhaft an der gleichen Krankheit litt, während die Krankheit eines Vetters mütterlicherseits (Geh- und Sprachstörungen, psychische Schwäche) nach den Berichten nicht genau bestimmt werden kann. — Die Untersuchung des Patienten zeigt eine Reihe positiver wie negativer Symptome, die zusammengenommen das vollständige Bild der Friedreich'schen Krankheit liefern.

Zu den ersten gehören: Kopfschmerzen, Schwindel, scandirende Sprache, choreaartige Bewegungen (choreatische Instabilität), Ataxie in den unteren und oberen Extremitäten, Romberg'sches Symptom, tabetico cerebellärer Gang. Herabsetzung des Muskelgefühls und Verkrümmung der Wirbelsäule. Die beobachteten negativen Symptome sind: Abwesenheit des Patellarreflexes, keine der gewöhnlichen Symptome. weder lancinirende Schmerzen noch Sphincterstörungen. Auch der Gang der Krankheit, der Beginn der Ataxie in den unteren Extremitäten, nach welcher die Affection der oberen Extremitäten und Sprachstörung eintraten, spricht für die Friedreich'sche Krankheit. Dass Nystagmus fehlt, kann in diesem Fall die Diagnose nicht erschüttern, ausserdem wird nach Gowers Nystagmus auch nicht in allen Fällen beobachtet, und in den 2 von Erb veröffentlichten Fällen ist gleichfalls kein Nystagmus verzeichnet.

Gegen Tabes bei Kindern mit syphilitischer Heredität spricht das Fehlen jedweder syphilitischer Heredität, das frühzeitige Auftreten der Krankheit, die Abwesenheit jeder pupillären Symptome und der Umstand, dass Tabes nie als Familienkrankheit auftritt. Von der hereditären disseminirten Sklerose unterscheidet sich der Fall, durch die homogene Wiederholung und durch die Ataxie in den oberen Extremitäten und Abwesenheit der Patellarreflexe. Mit der ataktischen Paraplegie Gowers ist kaum eine Verwechslung möglich, da das frühe Alter, homologe Wiederholung, Abwesenheit der Patellarreflexe statt deren Verstärkung, Sprachstörungen gegen diese Krankheit sprechen. Von Tumoren des Cerebellums kann nicht die Rede sein, da die Ataxie in den oberen Extremitäten, die Abwesenheit von Neuritis optica etc. dagegen sprechen. — Zum Schluss behandelt Verf. kurz die anatomisch pathologischen Veränderungen, welche bei der Friedreich'schen Krankheit bis jetzt gefunden worden sind.

C. Tomberg.

Eug. Fraenkel: Ueber specifische Behandlung des Abdominaltyphus.

Th. Rumpf: Die Behandlung des Typhus abdominalis mit abgetödteten Culturen des Bacillus pyocyaneus. (Deutsche medic. Wochenschr. Nr. 41).

Die Untersuchungen der genannten Verfasser schliessen sich an die bekannten Experimente von Simmonds, Peiper, Brieger, Kitasato und Wassermann an. Diese Autoren stellten die Thatsache fest, dass man im Stande ist, bei Züchtung der Typhusbacillen Culturen in bestimmten Nährböden (namentlich geeignet ist Thymusbouillon) das Typhusgift stark abzuschwächen und mit diesem abgeschwächten Gifte Thiere zu immunisiren und zu heilen. Fraenkel unternahm es nun Versuche in dieser Richtung an Menschen anzustellen, und zwar wurden 57 Fälle von Typhus abdominalis mit dem abgeschwächten Typhotoxin behandelt. Die Darstellung desselben geschah folgendermaassen: In sterile Thymusbouillon wurde mittels einer Platinöse Typhusculturmasse von Glycerinagar eingebracht, und dann die Bouillon während drei mal 24 Stunden bei einer Temperatur zwischen 36° und 37° im Thermostaten conservirt. Nachdem Verf. sich alsdann von dem üppigen Wachsthum der Bacillen überzeugt hatte, wurden die Reagensgläser mit der Bouillon im Wasserbade auf 63° erhitzt; nach erfolgter Abkühlung wurde eine Impfung auf Agar vorgenommen, welche über die vollkommene Sterilität des Inhalts der Gläschen Aufschluss gab. Dieser Inhalt wurde nun an Kranken angewandt. Zur Injection erwies sich am geeignetsten die seitliche Glutäalgegend, wobei natürlich die Asepsis als Hauptregel gilt. Die Anfangsdosis war 0,5, worauf in den meisten Fällen keine wesentliche Aenderung in dem Verhalten des Patienten bemerkbar wurde. Wird am nächsten Tage die Dosis auf das Doppelte gesteigert, so ist bei der Mehrzahl der Kranken ein deutliches Ansteigen der Temperatur zu beobachten; am dritten Tage der Behandlung stellt sich jedoch ein unverkennbares Absinken der Temperatur ein, und nach weiteren 24 Stunden ist ein noch stärkeres Heruntergehen der Temperatur bemerkbar. Pausirt man jetzt mit der Injection, so steigt gewöhnlich die Temperatur wieder an, damit ist der Zeitpunkt für eine weitere Steigerung der Dosis auf 2.0 gegeben. Also der Gang der Temperatur entscheidet das weitere Vorgehen. Aus dem Verlauf der vom Verf. beobachteten Fälle geht klar hervor, dass man mit diesen Injectionen die Febris continua abschneidet, es kommt von Anfang an zu einem ausgesprochen-remittirenden Charakter des Fiebers, und es erfolgt in unverhältnissmässig kurzer Zeit völlige Apyrexie. Ferner hat es sich ergeben, dass sogar die letzten Stadien der Krankheit, also die steilen Curven in vortheilhafter Weise beeinflusst werden können. Mit dem früheren Eintritt der Remissionen geht Hand in Hand eine oft auffallende Besserung des Allgemeinbefindens, dabei ein rapides Ansteigen der Diurese. Auch die typhösen Diarrhoen cessiren mit dem Sinken des Fiebers; die verschiedenen Complicationen jedoch, die den Unterleibstyphus begleiten, können durch die Injectionen nicht vermieden werden. Jedenfalls steht so viel fest, dass man durch Injection des abgeschwächten Typhusgiftes den Krankheitsverlauf entschieden abschwächen und abkürzen kann.

Rumpf's Beobachtungen weisen darauf hin, dass man die eben geschilderten Resultate erzielen kann, auch wenn man nicht das specifische Typhusgift verwendet, sondern das vom Bacillus pyocyaneus producirte Toxin. Das Präparat wurde in derselben Weise, wie dasjenige der abgetödteten Typhusculturen hergestellt. Bei Injection von 0,5 der Culturflüssigkeit lässt sich meistentheils keine merkbare Wirkung constatiren. Wird jedoch 1 ccm. derselben injicirt, so tritt alsbald ein deutlicher Abfall der Temperatur und des Pulses ein, wobei eine völlige Aenderung des ganzen Krankheitsbildes zu beobachten ist. An Stelle eines schwer typhösen Kranken, findet man einen Kranken mit guter Psyche und vorzüglichem Allgemeinbefinden vor. Somnolenz und Delirien schwinden. Setzt man nun die Einspritzungen nicht fort, so pflegt die Temperatur wieder anzusteigen, das Krankheitsbild erlangt jedoch einen anderen mehr milderen Charakter; wird dagegen die Behandlung fortgesetzt und zwar so, dass die Einspritzungen mit allmählich ansteigenden Dosen (1,0—4.0) bei Wiederaufflammen des Fiebers ausgeführt werden, so kann man immer den typhösen Process abkürzen. Die Reaction trat in den Fällen von Rumpf nicht immer nach Injection von 1 ccm. ein, in einigen Fällen blieb sie sogar bei 2 und 4 ccm. aus. Jedenfalls lässt es sich als Thatsache hinstellen, dass es gelingt mit Bacterienproducten eine Krankheit des Menschen zu beeinflussen, welche ganz anderen Mikroorganismen ihre Entstehung verdankt. Diese Beobachtung wird wohl zu einer Reihe von weiteren klinischen Untersuchungen und Thierexperimenten Veranlassung geben.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

v. Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie. 5. Aufl. Stuttgart, F. Enke, 1893.

Die neue Auflage dieses nicht nur in deutschen medicinischen Kreisen verbreitetsten Lehrbuches der Psychiatrie unterscheidet sich im Allgemeinen kaum von der voraufgehenden (1890). Selbstverständlich sind die Erweiterungen psychiatrischen Wissens seit dem letzten Erscheinen des Buches thunlichst berücksichtigt worden. Durch mehrfache Kürzungen, namentlich durch Weglassen einiger Krankengeschichten, hat der Umfang des Buches um etwas abgenommen, eine nur erfreuliche Thatsache angesichts der Zwecke, welche das Buch verfolgt. Druck und Ausstattung sind vorzüglich, besonders hat die Uebersichtlichkeit durch reichlichere Verwendung gesperrten Druckes im Texte sehr gewonnen. Einer besonderen Empfehlung bedarf ein solches Buch nicht.

Michelson.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 19. October 1893.

1) Herr Petersen spricht über Lepra maculosa, die Diagnose und die relative Häufigkeit dieser oft übersehenen Form und theilt einen kürzlich hier constatirten, aus dem Gouvernement Twer stammenden Fall mit. Zugleich zeigt Vortragender Photographien von Fällen tuberöser und maculöser Lepra vor.

2) Die Herren Hulanicki und Zumft (Gast) berichten in Kürze über die augenärztliche Thätigkeit zweier fliegenden Colonnen in den Gouvernements Tscherni-

gow resp. Kowno. Die Colonnen, 5 an der Zahl, wurden im Sommer vom Marien-Blinden-Curatorium, in welchem sich neuerdings auch eine Section zur Verhütung der Blindheit organisirt hat, entsandt; ihre Aufgabe war, die Verbreitung und Intensität der zur Erblindung führenden Augenleiden in verschiedenen Theilen des Reiches zu ermitteln und der augenleidenden Landbevölkerung die erforderliche augenärztliche Hilfe zukommen zu lassen. Die Vortragenden behalten sich die Veröffentlichung ausführlicher Berichte vor. Hier seien nur einige Daten angeführt:

Hulanicki (Kreis Nowosybkow, Gouv. Tschernigow. Dauer des Aufenthaltes 1½ Monate) Gesammtzahl der ambulat. Patienten 1118, darunter Trachomkranke 481 (43 pCt.) Gesammtzahl der ausgeführten Operationen 291 (darunter: wegen Trachom und Trichiasis 161; Operationen an der Linse, Cataractextractionen etc. 72).

Zumft (Kreis Ponewesh, Gouv. Kowno, Dauer des Aufenthaltes 2½ Monate) Gesammtzahl 1299, Trachomkranke 546 (42 pCt.) Gesammtzahl der Operationen 426 (darunter wegen Trachom und Trichiasis 215, Cataractextractionen 24.)

3) Herr Blessig spricht über Verletzungen des Auges durch Fremdkörper. Vortr. weist zunächst im Allgemeinen auf die Bedeutung und die Eigenthümlichkeiten der Augenverletzungen hin und wendet sich dann zu einer eingehenderen Besprechung der schwereren, mit Perforation der Augenhüllen, eventuell mit Zurückbleiben eines Corpus alienum im Augeninnern, einhergehenden Fremdkörperverletzungen, der Häufigkeit, Diagnose, Prognose, Therapie und Prophylaxe dieser wichtigsten Verletzungsform. Der Vortrag stellt einen theilweisen Auszug dar aus der kürzlich erschienenen Abhandlung: «Ueber Verletzungen des Auges» (Mittheilungen aus der St. Petersburger Augenheilanstalt, Heft IV. C. Ricker 1893. Dasselbe russisch: Вѣстникъ офталмологiи 1893. Приложенiе). Zugleich wird eine Sammlung von Fremdkörpern vorgezeigt, welche im Laufe der letzten 5 Jahre in der Augenheilanstalt in verletzten Augen gefunden, resp. aus solchen entfernt wurden.

Von den operativen Eingriffen, welche bei den in Rede stehenden Verletzungen in Frage kommen, wird die Extraction von Eisen- und Stahlsplittern aus dem Augeninnern mittelst des Electromagneten, die Technik und die Prognose dieser Operation genauer besprochen. Nicht nur aus dem diesem Vortrage zu Grunde gelegten Material, sondern auch aus viel grösseren in der Literatur vorhandenen Zusammenstellungen ergiebt sich, dass ein wirklich befriedigendes Resultat mit dauernder Erhaltung eines guten Sehvermögens an dem vom Fremdkörper befreiten Auge nur selten, unter 10 Fällen etwa 1 mal, erreicht wird. Doch gewinnen auch diese spärlichen Erfolge einen hohen Werth, wenn man erwägt, dass sie an solchen Augen erzielt werden, welche unoperirt sicher zu Grunde gehen würden. Die Erhaltung eines, wenn auch blinden Auges, welche häufiger gelingt, ist für den Verletzten, besonders wenn er dem Arbeiterstande angehört, gleichfalls von Wichtigkeit.

Zur Frage der Magnetextraction führt Herr v. Schröder noch die folgenden im Laufe dieses Jahres in der Augenheilanstalt vorgekommenen Fälle an:

I. J. S. 31 J. a. aufgenommen am 27. Juni. Vulnus sclerae perforans oc. dextri. am unteren Rande der Cornea; Glaskörpertrübungen; unten aussen im Glaskörper gelblich reflectirender Fremdkörper. 2. Juli Extraction des ca. 5 Mm. langen Splitters mittels des Electromagneten durch einen Meridionalschnitt unten aussen, nach dreimaligem Eingehen mit dem Magneten. Gute Heilung. Am 15 Juli V=0,2 (mit Cylinderglas); am 23. Juli wird Ablatio retinae constatirt. V nur noch=Fingerzählen in 1 Meter; am 7. September ist die Netzhautablösung vollständig geworden, $V=\frac{1}{\infty}$. Dieser Fall zeigt wiederum, wie zweifelhaft die Prognose auch nach glücklicher Entfernung des Splitters in Bezug auf dauernde Erhaltung des Sehvermögens ist.

II. J. T. 30 J. a. aufgenommen 5. Mai. Der Fall ist dadurch bemerkenswerth, dass in beide Augen je ein Splitter eingedrungen war. Links: Corpus alienum in camera anteriori et in lente. V=0,1, ophthalmoskop. normal. Rechts: Vulnus sclerae perforans (unten), Linse klar, Glaskörpertrübung, V= Fingerzählen in 1 Meter nur unten aussen. Am Tage der Aufnahme Extraction der Splitter aus beiden Augen: links mit Lanzenschnitt und Pincette, rechts mittels des Electromagneten durch die erweiterte Sclerawunde (Länge dieses Splitters 1,55 Cm., Breite 2,5 Mm., Dicke 0,6 Mm.), Links wird später die gequollene traumatische Cataracte extrahirt, gute Heilung, V=0,6 mit + 12,0 D. Das rechte Auge wird atrophisch, später auch druckempfindlich, sodass die Enucleation vorgeschlagen werden musste.

Von besonderem Interesse ist der folgende, am heutigen Tage operirte Fall, in welchem es gelang, nach dem Vorgange von Haab und von Schlösser, mit dem von einem starken Accumulator gespeisten Electromagneten, den in der Linse des Auges verborgenen Splitter bis in die vordere Augenkammer zu locken und dann zu entfernen:

III. P. A. 19 J. a., aufgenommen 13. October. Verletzung am 9. Oct. Vulnus corneae perforans, Cataracta traumatica, Iritis, Hypopyon, oc. dextri. In den ersten Tagen nach der Aufnahme exspectatives Verhalten, da es ungewiss war, ob ein Splitter im Auge zurückgeblieben. Heute, am 19. October, wurde der mit dem inzwischen beschafften Accumulator verbundene Inductionsmagnet mit seiner stumpfen Kuppe von aussen auf die Cornea gesetzt, worauf der grosse Eisensplitter durch die Linse in die vordere Kammer bis zur Cornea drang; hierauf Eröffnung der Kammer mit dem Schmalmesser, Extraction des Splitters (mit dem Magneten.

Dieses neue Verfahren bedeutet ohne Frage einen grossen Fortschritt in der Anwendung des Electromagneten; denn es ermöglicht unter Umständen die Ermittelung von Splittern im Augeninnern ohne Einführung des Magneten in die Wunde, und gewährt somit eine grössere Sicherheit des Erfolges bei geringerem traumatischem Eingriff, als die bisherige Magnetsondirung.

Secretär: E. Blessig.

Vermischtes.

— Zum Präses der III. Section der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit wurde in der letzten Sitzung an Stelle Dr. Schmelew's der Professor der Hygiene an der militär-medicinischen Academie Dr. Schidlowski gewählt.

— Am 10. November beging der Oberarzt des Moskauschen Cadettencorps Dr. E. T. Jakubow sein 25-jähriges Dienstjubiläum, bei welcher Gelegenheit ihm von seinen Collegen und Dienstgenossen Glückwünsche und mehrere werthvolle Geschenke dargebracht wurden. (Wr.)

— In der vorigen Woche veranstalteten die Aerzte und Offiziere der Kronstädter Festungsartillerie ein Abschiedsdiner zu Ehren des Oberarztes dieses Truppentheils Dr. Alexander Bornhardt's, welcher nach 12 jährigem Dienst in Kronstadt nach Bobrinsk als Oberarzt des örtlichen Militärlazareths versetzt ist.

— Die Feier des 30-jährigen Jubiläums der ärztlichen Thätigkeit des Medicinalinspectors der Anstalten der Kaiserin Maria, Dr. W. W. Ssutugin, welcher bekanntlich auch Präsident des Organisationscomités des bevorstehenden V. Congresses russischer Aerzte ist, findet am 27. November statt. Das Jubiläum fiel eigentlich auf den 9. Juni d. J., die Feier desselben wurde aber damals auf den Herbst verschoben.

— Bestätigt im Amt: der stellvertretende Director des von Sr. Majestät dem Kaiser Alexander III. gegründeten Irrenasyls, Hofrath Timofejew.

— Ernannt: der Vicepräsident des medico-philanthropischen Comités der philanthropischen Gesellschaft, wirkl. Staatsrath Dr. Luppian — zum Consultanten für Ohrenkrankheiten bei den St. Petersburger Instituten des Ressorts der Anstalten der Kaiserin Maria und der Consultant für Nervenkrankheiten beim klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna, Staatsrath Dr. Motschutkowski — zum Consultanten für Nervenkrankheiten bei den St. Petersburger Anstalten der Kaiserin Maria.

— Verstorben: 1) In Kutais der stellvertretende Gouvernementsarzt dieses Gebiets, Staatsrath Dr. D. Tirjutin, im 60. Lebensjahre. 2) Am 23. October im Kirchdorfe Bereska (Gouv. Tschernigow) der Fabrikarzt Valentin Koriwko im 27. Lebensjahre an der Diphtherie, mit welcher er sich bei der Behandlung von Diphtheriekranken inficirt hatte. Der Verstorbene hatte erst im Jahre 1891 den Arztgrad erlangt. 3) Am 5. November in Brazlaw (Podolien) der ehemalige dortige Stadtarzt Erasmus Strzelecki im 69. Lebensjahre. In Podolien im August 1824 geboren, studirte der Hingeschiedene im Jahre 1848 kurze Zeit in Dorpat Oeconomie und widmete sich dann dem Studium der Medicin in Kiew, wo er i. J. 1854 die Arztwürde erlangte. 4) Am 21. November in Halle a. S. der bekannte Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie an der dortigen Universität, Geh. Medicinalrath Dr. Rudolf Kaltenbach, im 51. Lebensjahre am Schlage. Der Verewigte, welcher seine medicinische Ausbildung in Wien erhalten, war anfangs Privatdocent in Freiburg, dann von 1883 ord. Pro-

fessor der Geburtshülfe in Giessen und seit 6 Jahren in derselben Stellung in Halle. Prof. Kaltenbach gehörte zu den hervorragendsten Vertretern der modernen operativen Gynäkologie in Deutschland und hat sich auch auf literärischem Gebiet durch zahlreiche Monographien, namentlich auch durch sein treffliches Lehrbuch einen Namen gemacht.

— Am 26. November n. St. beging der wahrscheinlich älteste Arzt Deutschlands, der Geh. Sanitätsrath Dr. Schupmann in der Stadt Geseke (in Westfalen) die Feier seiner diamantenen Hochzeit. Dr. Schupmann hat im Juni d. J. bereits das 92. Lebensjahr erreicht, ist aber geistig noch ganz frisch und nur schwerhörig.

(Allg. med. Centr.-Ztg.)

— Prof. Dr. J. v. Saexinger in Tübingen feierte am 26. Nov. n. St. sein 25-jähriges Jubiläum als Professor und Director der geburtshülflich-gynäkologischen Klinik daselbst.

— Zum Nachfolger Prof. Hayem's auf dem Lehrstuhl der internen Medicin in Paris ist Prof. Landouzy ernannt worden.

— In Meran hat am 18. November n. St. die Enthüllung des Denkmals stattgefunden, welches die Stadt Meran dem um diesen Curort hochverdienten Senior der dortigen Aerzte, Dr. Franz Tappeiner errichtet hat. Es ist eine Büste Tappeiner's, welche jetzt der nach ihm benannten Promenade zur Zierde gereicht.

— Dr. Chawkin setzt seine Schutzimpfungen gegen die Cholera in den Nordwestprovinzen Indiens mit Ausdauer fort, indem er der Spur der Hadwarpilger folgt. In nächster Zeit trifft er in Kashmir ein, um dort seine Impfungen fortzusetzen. Nach dem British Medical Journal hat er bereits mehr als 1000 Personen geimpft.

— Die Verwaltung des bevorstehenden V. Congresses russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow ersucht die Collegen, welche zu dem vom 27. December 1893 bis 4. Januar 1894 in St. Petersburg stattfindenden Congresse kommen wollen, rechtzeitig ihren Mitgliedsbeitrag im Betrage von 8 Rbl. einzusenden und zugleich anzugeben, welche Eisenbahnlinien sie zur Fahrt nach St. Petersburg zu benutzen wünschen. Ohne genaue Angabe der Ausgangs- und Endstationen der zu benutzenden Eisenbahnstrecken noch vor der Abfahrt zum Congress wird, gemäss den neuen Regeln des Ministeriums der Wegecommunicationen, die freie Rückfahrt nicht gewährt werden können. Die Geldbriefe sind auf den Namen des Cassirers der Verwaltung, Dr. N. Woronichin (С.-Петербургъ, Кабинетская ул. 2, кв. 20) zu adressiren. Die Quittungen über die Zahlung der Mitgliedsbeiträge werden zugleich mit der Bescheinigung über das Recht zur Erlangung der Tarifermässigung für die Eisenbahnfahrt nach St. Petersburg und zurück vom Cassirer in recommandirten Briefen zugesandt werden. Die Mitgliedskarten werden gegen Rückgabe der Quittungen über die Zahlung des Mitgliedsbeitrages am 24. und 26. December im Locale des Aerzteclubs (Fontanka 48) von 12—8 Uhr Abends, am 27. December in der Adelsversammlung (Michailowskaja) von 10½—3 Uhr und vom 28.—3. Januar im Actussaale der militär-medicinischen Academie von 9 Uhr Morgens bis 5 Uhr Abends ausgereicht werden.

— An der Kasanschen Universität haben am 3. November die Prüfungen zur Erlangung des Arztgrades vor der Regierungs-Prüfungscommission begonnen und werden bis zum 11. December dauern. Es haben sich von den 50 Studirenden des letzten Cursus 42 zum Examen gemeldet; ausserdem unterziehen sich noch 8 Studirende, welche im vorigen Jahre das Examen nicht bestanden haben, von Neuem der Prüfung. Zum Präsidenten der Prüfungscommission ist der ehemalige Kiewer Professor der Therapie, Dr. E. I Afonassjew ernannt worden.

— Im verflossenen Jahre haben an der Kasanschen Universität nicht weniger als 158 Studirende Stipendien bezogen und zwar betrugen die einzelnen Stipendien mindestens 74 R. und höchstens 420 R. Der Gesammtbetrag der Stipendien belief sich auf 35,849 R. 58 Kop., von denen die Krone 12,821 Rbl. 93 Kop., verschiedene Ressorts und Institutionen 13,264 Rbl. 33 Kop. und Privatleute 9763 R. 63 Kop. hergaben.

(Wolshski West.—Wr.)

— An der Universität Tomsk haben ebenfalls die Examina zur Erlangung des Arztgrades vor der Regierungscommission am 3. November ihren Anfang genommen. Von den 73 Studirenden, welche in den ersten medicinischen Cursus eintraten, haben sich nur 29 zum Examen gemeldet.

— Die Balaschowsche Landschaft (Gouv. Saratow) hat beschlossen, ihre Landschaftsärzte an die Universitäten abzucommandiren, damit sie sich mit den neuen Entdeckungen und den Fortschritten in der Medicin bekannt machen können.

— Frau Chludow hat 25000 Rbl. zum Bau eines Operationssaals und Ambulatoriums in Kislowodsk gespendet. Die Leitung derselben wird der Privatdocent der militär-medicinischen Academie Dr. W. J. Podanowski, welcher im Sommer in Kislowodsk prakticirt, übernehmen.

— Die Wittwe des verstorb. Decans der medicinischen Facultät in Montpellier, Bouisson hat dieser Facultät ihr Schloss mit dem Grundstück im Werthe von ca. 1 Million Francs zur Errichtung eines wissenschaftlich-humanitären Instituts vermacht. Zur Ausführung der nöthigen Bauten und zu anderen Ausgaben hat dieselbe ausserdem 500,000 Frcs. hergegeben. Schon früher hatte dieselbe zur Vertheilung von Preisen an die Studirenden der genannten Facultät ein Kapital von 100,000 Frcs. geschenkt, welchem sie jetzt noch 40,000 Frcs. hinzugefügt hat.

— Im Verlage von W. S. Ettinger, welcher als Herausgeber der Monatsschrift «Практическая Медицина» (Praktische Medicin), und der Realencyklopädie von Eulenburg in russischer Sprache sich bekannt gemacht hat, wird im nächsten Jahre hierselbst eine neue medicinische Zeitschrift unter dem Titel «Еженедѣльникъ журнала «Практическая Медицина» (Wochenschrift des Journals «Praktische Medicin») erscheinen. Die Redaction der neuen Wochenschrift hat der als Geburtshelfer und Gynäkologe wohlbekannte hiesige Arzt Dr. W. J. Stoltz übernommen, dem eine ganze Reihe hervorragender russischer Kliniker und Aerzte ihre Mitarbeiterschaft an der Zeitschrift zugesagt haben. Wie aus dem Vorwort der Redaction hervorgeht, wird die Wochenschrift vorzugsweise die Bedürfnisse des praktischen Arztes im Auge haben, ohne dabei in groben Empirismus zu verfallen. Dem recht weit gehenden Programme entsprechend enthält die uns vorliegende Probenummer auf 16 Quartseiten einen instructiven Originalaufsatz von dem Redacteur Dr. Stoltz «Ueber Hülfeleistung bei vollkommenen Steisslagen der Frucht» sowie einen Sitzungsbericht der St. Pet. med. Gesellschaft. Es folgen dann kleinere wissenschaftliche Mittheilungen und Tagesereignisse, eine grosse Anzahl Referate und schliesslich ein interessanter Feuilletonartikel von Dr. W. Gordejew über den famosen § 872 unseres Strafgesetzes, betreffend die obligatorische medicinische Hülfe, und über die medicinische Taxe.

Druck, Papier und äussere Ausstattung der neuen Zeitschrift sind, wie wir es bei den Druckerzeugnissen dieses Verlages gewohnt sind, durchaus befriedigend. Der Abonnements-Preis beträgt für den Jahrgang (1½—2 Bogen wöchentlich) 8 R., für die Abonnenten des Journals «Практическая Медицина» aber nur 6 Rbl.

Unsererseits wünschen wir der neuen Collegin den besten Erfolg! Bernhoff.

— «Die obligatorische ärztliche Hilfeleistung und die medicinische Taxe». Unter diesem Titel bringt die Probenummer der neuen, unter der Redaction des Dr. Stoltz erscheinenden Zeitschrift: «Еженедѣльникъ журнала практическая медицина» einen beachtungswerthen Artikel von W. Gordejew. Es werden der § 872 des Strafgesetzbuches, welcher die Strafbestimmungen für Nichtbefolgung eines Rufes zum Kranken enthält, und der § 550 des XIII. Bandes der Gesetzsammlung, welcher die Taxe für erwiesene ärztliche Hilfe (mit 30 resp. 15 Kopeken pro Visite!) festsetzt, einer scharfen Kritik unterzogen und der Widersinn und die Unhaltbarkeit beider Paragraphen dargethan. Ein Jeder wird gewiss dem Verfasser entschieden beipflichten, der für möglichst baldige Abänderung obiger Gesetzespunkte eintritt. Uns will es scheinen, als sei es auch eine Aufgabe unserer «Aerztlichen Gesellschaft zur gegenseitigen Hilfe», diese wiederholt angeregte Frage einmal energisch in die Hand zu nehmen. B.

— Ueber die Erlangung des medicinischen Doctorgrades an der Universität Jurjew (Dorpat) ist eine einschneidende Verfügung ergangen. Wie die «Neue Dörptsche Ztg.» erfahren hat, ist durch einen Allerhöchsten Befehl vom 25. October d. J. angeordnet worden, dass fortan auch auf der Jurjewschen Universität zu den Prüfungen auf den Grad eines Doctors nur Personen zugelassen werden dürfen, die ein Arzt-Diplom von der militär-medicinischen Academie oder von einer der Universitäten vorstellen.

— Die Choleraepidemie in Russland erlischt allmälich schon in mehreren Gouvernements und hat auch in den übrigen an Intensität bedeutend abgenommen. Am stärksten herrscht sie noch in den Gouvernements Podolien (vom 30. Oct.—6. Nov. 129 Erkrankungen mit 65 Todesfällen) und Tschernigow (31. Oct. bis 6. Nov. 110 Erkr. mit 65 Todesf.). In allen übrigen Gouvernements blieb die Zahl der Erkrankungen in einer Woche weit unter 100. Die Gouvernements Witebsk, Wladimir, Kaluga, Ssimbirsk, Estland, Jaroslaw und Tobolsk haben in den letzten Wochen keine Neuerkrankungen an der Cholera gehabt.

— In Jurjew sind am 22. November 3 Cholerakranke in Behandlung verblieben.

In St. Petersburg ist zwar die Zahl der Neuerkrankungen in der letzten Woche etwas grösser gewesen, als in der Vorwoche, doch ist die Zahl der in den Hospitälern verpflegten Cholerakranken erheblich zurückgegangen. Vom 18.—24. November erkrankten hierselbst 21 Personen, genasen 18, starben 11 und verblieben in Behandlung 14, während in der Vorwoche die entsprechenden Zahlen 20, 19, 16 und 22 betrugen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 20. November d. J. 6173 (36 wen. als in der Vorwoche), darunter 321 Typhus — (8 wen.), 726 Syphilis — (18 wenig.), 76 Scharlach (9 mehr), 23 Diphtherie — (3 mehr), 54 Masern — (5 wenig.), 26 Pocken — (5 wen.) und 18 Cholerakranke — (9 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Zwei Landschaftsarztstellen im Kreise Rshew (Gouv. Twer). Gehalt 1100 Rbl. jährlich nebst freier Wohnung. Adresse: «Ржевская Земская Управа.»

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Opotschka (Gouvern. Pskow). Gehalt 1200 R., Fahrgelder 200 R. nebst freier Wohnung von 4 Zimmern. Es ist ein neues Krankenhaus mit 6 Betten vorhanden. Die Anstellung und Entlassung des medicinischen Personals hängt von der Aerzteversammlung des Kreises ab, welche monatlich ein Mal stattfindet.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 14. bis 20. November 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
246	206	452	102	23	73	11	5	8	52	45	41	33	38	15	16	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 5, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 6, Scharlach 6, Diphtherie 7, Croup 5, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 18, Erysipelas 10, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 13, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 80, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 14, Krankheiten des Verdauungscanals 27, Todtgeborene 26.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 30. November.

Tagesordnung: 1. Dr. Nissen: Ueber Diazo-Reaction, ihre diagnostische und prognostische Bedeutung am Krankenbett des Kindes.

2. Dr. Wanach: Ueber einen Fall von schwerer Darmverletzung.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 20. December.

Ichthyol wird mit Erfolg angewandt bei Frauenleiden und Chlorose, bei Gonorrhoe, bei Krankheiten der Haut, der Verdauungs- und Circulations-Organe, bei Hals- und Nasen-Leiden, sowie bei entzündlichen und rheumatischen Affectionen aller Art, theils in Folge seiner durch experimentelle und klinische Beobachtungen erwiesenen reducirenden, sedativen und antiparasitären Eigenschaften, anderntheils durch seine die Resorption befördernden und den Stoffwechsel steigernden Wirkungen.

Saxlehner's Bitterwasser Hunyadi Janos. Nach Gutachten ärztlicher Autoritäten zeichnet sich dieses natürliche Purgativ durch folgende Vorzüge aus: Prompte und sichere Wirkung; milder Geschmack; geringe Dosis; auch bei längerem Gebrauche keine Verdauungsstörungen. Indication: Habituelle Stuhlverstopfung; Leberleiden; Gelbsucht etc. Neuerdings auch in der zahnärztlichen Praxis mit Erfolg angewendet.

Довв. ценз. Спб. 27 Ноября 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 49 St. Petersburg, 4. (16.) December **1893**

Zur Casuistik der Laparotomie bei Volvulus der Flexura sigmoidea.

Mittheilung aus dem Stadtkrankenhause zu Wenden.

Von

Dr. med. E. Kiwull,

Stadtarzt.

Die von Prof. v. Wahl aufgestellte Behauptung, dass bei Darmverschluss durch Axendrehung, Verschlingung und Strangulation die vom Hinderniss betroffene Schlinge — in Folge Circulationsbehinderung und fauliger Zersetzung ihres Inhalts — sich durch localen Meteorismus kenntlich mache, und sowohl bei Adspection, als bei Palpation des Abdomens nachzuweisen sei, hat sich sowohl klinisch (v. Wahl, Zoege u. A.,) als auch experimentell (Kader) bestätigt. Trotzdem schon längere Zeit seither vergangen, ist die Zahl der nach den Wahl'schen Principien diagnosticirten und operirten Fälle von Ileus noch eine sehr spärliche geblieben. [1])

Im Folgenden gedenke ich über 2 Fälle von Strangulationsileus (Axendrehung der Flexura sigmoidea) zu referiren, die ich im Laufe des II. Semesters 1892 im Stadt-Krankenhause zu Wenden beobachtet und in denen mit Hülfe des v. Wahl'schen Gesetzes die Diagnose gestellt und wo letztere bei der Laparotomie bestätigt wurde.

Fall I: O. D. (Krankenbogen Nr. 151) 50 a. n. lettischer Bauer, erkrankte am 23. Juli 1892 ohne besondere Veranlassung unter kolikartigen Schmerzen im Leibe. Die Koliken hielten circa 4 Tage an — bis zum 27. Juli. In dieser Zeit hat Patient einige Male breiigen Stuhl gehabt und sind Winde abgegangen. Seit dem Nachmittag des 27. Juli werden die Schmerzen im Leibe, besonders in der linken Hälfte desselben, unerträglich und gehen keine Winde ab. Unter furchtbaren

[1]) Eine sorgfältige und eingehende Besprechung der einschlägigen Literatur findet sich in den Arbeiten von Kader und Zoege v. Manteuffel, so dass ich von einer Wiederholung absehen kann.

Schmerzen und Ructus wird Patient am 28. Juli von seinen Angehörigen zum 15 Werst entfernt wohnenden Arzt gebracht. Der College versucht mit hohen Wassereingiessungen dem Patienten zu helfen, nimmt ihn bei sich auf, jedoch erfolgt bis zum 30. Juli keine Besserung. Am 31. Juli wird Patient in's Wendensche Krankenhaus gebracht (44 Werst in einem Bauernwagen ohne Federn. Transport nur in Knieellenbogenlage einigermaassen erträglich).

Status bei der Aufnahme: Seit dem 27. Juli keine Winde und Stuhl abgegangen, häufige Ructus, kein Erbrechen.

Patient ist übermittelgross, gut genährt, kräftige Musculatur, beständige Ructus, beständige Klagen über Schmerzen im Leibe, keine Stelle besonders schmerzhaft. Bruchpforten frei. Abdomen aufgetrieben, asymmetrisch. Von der linken Darmbeinschaufel bis hinauf in die Regio hepatica und epigastrica eine stärkere Vorwölbung sichtbar. Bei Palpation der vorgewölbten Partie deutliche Resistenz. Die Percussion ergiebt ausgebreitete Tympanie über dem ganzen Abdomen. Im Mastdarm kein Koth. Herztöne rein. Puls 78. Temperatur 37,2. Lungenbefund normal. Harn sauer, kein Albumen. Deutliche Indicanreaction.

Nachzutragen wäre noch, dass Patient früher stets gesund gewesen, insbesondere nie an Magen-Darmaffectionen gelitten hat.

Diagnose: Volvulus der Flexura sigmoidea.

Nachdem Patient sich etwas von der Reise erholt, ein Bad erhalten, wird er zur Laparotomie vorbereitet. (Bauchdecken rasirt, abgeseift, mit Alcohol und Sublimat abgerieben.) 31. Juli 9 Uhr Abends Laparotomie in Chloroformnarkose. Es assistirt mir Kreisarzt Dr. Gaehtgens. Schnitt vom Nabel bis zur Symphyse. Nach Eröffnung des Peritoneum stürzen mehrere Dünndarmschlingen und etwas leicht haemorrhagisch gefärbtes Exsudat vor. Die vorgefallenen Darmschlingen sind weder abnorm gebläht noch auffallend stark injicirt. Peritoneum spiegelnd. Beim Einführen der Hand zur Radix mesenterii der Flexur erscheint am Fusspunkt derselben Darm und Mesenterium korkzieherförmig aufgewunden. Von dieser Stelle nach oben tastend, gelingt es die bedeutend geblähte Flexur zu fassen und in die Bauchwunde zu befördern, wobei sie weit aus der Bauchhöhle vortritt. Die Flexur erweist sich einmal vollständig um ihre Axe gedreht (360°). Das Peritoneum der Flexur erscheint glänzend, die Gefässe stärker injicirt, die Darmwand fühlt sich etwas dicker an und zeigt eine dunkelrothe Färbung. Die oberhalb der Axendrehung gelegenen Darmtheile zeigen normale Färbung und eine im Verhältniss zur Ausdehnung der Flexur nur unbedeutende Blähung. Die Detorsion gelingt leicht. Dabei beobachtet man, nachdem die Schlinge circa 270° zurückgedreht worden, dass der letzte Rest der Drehung spontan erfolgt. An der Drehungsstelle keinerlei gangränöse Verfärbung, nur einige Ekchymosen und Fibrinauflagerungen. Eine auffallende Länge zeigt das Mesocolon der Flexur nicht, die Breite desselben beträgt circa 10 Cm. Das Zurückbringen der Darmschlingen in die Bauchhöhle gelingt erst, nachdem per rectum ein dickes Drainrohr bis in die Flexur hinauf eingeführt und eine Warmwasser-Eingiessung gemacht worden, wobei sich reichlich Gase und Koth entleeren. — Die prolabirten Dünndarmschlingen und die Flexur werden während der Operation in sterilisirte, mit erwärmter physiolog. ClNa-lösung getränkte Tücher gethan. — Nach Reposition aller Schlingen Naht der Bauchwunde (Seiden-suturen). Jodoform Verband.

Gleich nach der Operation erwacht Patient aus der Narkose (Dauer derselben ca. 1 Stunde) und fühlt bedeutende Erleichterung.

1. August. Nachts reichlich Winde abgegangen. Kein Stuhl. Leib weniger gespannt. Subjectives Wohlbefinden. Keine Ructus. Puls 82. Temperatur M. 37,6 — Ab. 37,8.

2. August. Winde gehen reichlich ab. Spontan bisher kein Stuhl. Nach Application eines Warm-Wasser-Clysma entleeren sich grosse Mengen Fäces. T. M. 38,4 — Ab. 39,2 — Puls Ab. 96. Patient fühlt sich subjectiv sehr wohl, kein Husten, keine Stiche in der Brust. Leib nicht druckempfindlich.

3. Aug. T. M. 37,8. — Ab. 38,2, kein Stuhl. Wohlbefinden. Winde gehen reichlich ab.

4. August. T. M. 37,8 — Ab. 38,6. Spontan kolossale Stuhlentleerung.

5. August. T. M. 37,9 — Ab. 38,0. Spontan Stuhl. Wohlbefinden.

6. August. T. M. 37,4 — Ab. 37,3.

7. August. Einige stark spannende Suturen entfernt.

9. August. Seit dem 6. August fieberfrei. Heute die letzten Suturen entfernt. Prima intentio. Täglich jetzt Stuhl. Wohlbefinden.

15. August. Patient verlässt das Bett.

Patient hat sich mir nachher mehrfach vorgestellt, zuletzt im August 1893. Er ist kerngesund und verrichtet die schwersten Landarbeiten.

Fall II. M. W. (Krankenbogen № 223). 71 a. n. lettischer Bauer am 6. November 1892 ins Wenden'sche Krankenhaus aufgenommen. Patient erkrankte am 3. November 4 Uhr Nachm. plötzlich nach Heben einer schweren Last (circa 200 Pfund) unter heftigen Schmerzen im Leibe, besonders in der Blasengegend und etwas nach links von derselben. Seit dieser Zeit keine Winde und kein Stuhl. Schmerzen im Leibe immer stärker geworden. Häufige Ructus. Einmaliges Erbrechen am ersten Krankheitstage. Clysmata und verschiedene Abführmittel ohne Wirkung auf den Stuhl. Patient hat Tage und Nächte seit der Erkrankung nur in Knieellenbogenlage zugebracht. Patient hat früher recht häufig an Darmbeschwerden gelitten, abwechselnd bald Durchfall bald Stuhlverstopfung gehabt, jedoch Beschwerden wie dieses Mal nie früher beobachtet.

Am 6. November Abends 10 Uhr wird Patient vom Lande (8 Werst per Wagen) ins Krankenhaus gebracht. Status bei der Aufnahme: Uebermittelgrosser, etwas magerer Mann. Temperatur 37,2. Puls 84. Arteriosklerose an der art. radialis. Beständige Ructus. Bruchpforten frei. Abdomen asymmetrisch aufgetrieben, links bedeutend stärker als rechts. Es lassen sich im Bereich der stärkeren Vorwölbung drei resistentere Partien palpiren, die schräg über das Abdomen von links unten in der Richtung nach rechts oben verlaufen. Die mittlere vorgewölbte Partie scheint die stärkste Resistenz zu bieten. Bei Percussion gleichmässige Tympanie über allen diesen Theilen. Im Mastdarm kein Koth. An beiden Lungen reichlich Rhonchi. Herztöne rein. Harn sauer, ohne Albumen.

Diagnose: Strangulationsileus — wahrscheinlich im Verlauf des Dickdarms. Nachdem Patient gebadet, wird er zur Laparotomie vorbereitet. Operation in der Nacht vom 6. November in Chlorofarmnarkose unter Assistenz des Collegen Dr. Gaehtgens. Schnitt vom Nabel bis zur Symphyse. Nach Eröffnung drängt sich, zugleich mit einer mässigen Menge leicht haemorrhagisch gefärbter Flüssigkeit, ein kolossal geblähter Darmtheil vor, der sich als Dickdarm erweist. Dieser Darmtheil zeigt ein spiegelndes Peritoneum, jedoch erscheint er stark injicirt mit einem Stich ins blau-röthliche. Die geblähte Schlinge abtastend gelangt man schliesslich bis in die Nähe der Wirbelsäule, wo sich das zum geblähten Darmtheil gehörige Mesenterium schnurförmig zusammengedreht zeigt. Durch Druck auf die geblähte Schlinge lässt sich die Gasansammlung nicht fortdrücken. Eine Aufdrehung des Mesenterium gelingt erst, nachdem man die ganze grosse geblähte Dickdarmschlinge (Flexura sigmoidea) durch die Laparotomiewunde nach aussen vorgewälzt hat. Dabei erweist sich, dass eine Axendrehung von ca. 270° besteht. An der Drehungsstelle, soweit sichtbar, einige Ekchymosen. Die Lage der Flexur in der Bauchhöhle entspricht der oben beschriebenen mittleren resistenteren Partie, zu beiden Seiten der Flexur liegen Dünndarmschlingen. Der oberhalb der strangulirten Schlinge gelegene Darm zeigt nur unbedeutende Blähung. Trotz Rückdrehung gelingt es nicht die geblähte Schlinge in die Bauchhöhle zurückzubringen. Erst nachdem ein dickes Gummirohr bis in den geblähten Darmtheil vorgeschoben und sich grosse Mengen Gas und nach Irrigation warmen Wassers auch Faeces entleert haben, gelingt die Reposition. Auffallend war, dass nach Entleerung der geblähten Flexur, diese wie ein schlaffer Sack zusammenfiel und keine Spur von Turgor zeigte. Eine auffallende Länge des Mesenterium der Flexur war nicht zu constatiren, wohl aber war dasselbe kaum 10 Cm. breit. — Nach Reposition der Darmschlinge — Naht der Bauchwunde. — Verband.

7. November. Patient fühlt sich subjectiv sehr wohl. Ructus seltener. Kein Stuhl, keine Winde abgegangen. Temperatur M. 37,4. Ab. 37,7.

8. November. T. M. 37,3. Ab. 38,0. Leib stärker aufgetrieben Kein Stuhl, keine Winde. Starkes Kollern im Leibe. 1 Clysm ohne Erfolg.

9. November. Nach Clysma sehr reichlicher Stuhl. Leib weicher, nicht schmerzhaft. Patient fühlt sich sehr erleichtert, isst mit gutem Appetit. T. M. 37,6. Ab. 37,8.

10. November. Winde reichlich abgegangen. Leib flach. Nach Clysma sehr reichlicher Stuhl. Abends Husten und Stiche in der Brust rechts. T. M. 38,3. Ab. 38,9.

11. November. Patient etwas benommen. Puls 108 arhythmisch. Sputum rostfarben. An beiden Lungen H. U. Dämpfung und Rasseln. Stuhl spontan. Leib flach, nicht schmerzhaft. T. M. 38,2. Ab. 38,6. Ord. Wein. Liq. ammon. anisat.

12. November. Status idem. T. M. 38,3. Ab. 38,6.

13. November. Ueber der ganzen rechten Lunge Dämpfung. Sensorium leicht benommen. T. M. 38,4. Ab. 38,4.

14. November. Sensorium frei, sonst status idem. T. M. 38,3. Ab. 38,5.

15. November. Suturen entfernt. Bauchwunde I int. verheilt. Knisterrasseln an der rechten Lunge. Abends starker Schweiss. Puls 100 kräftig. T. M. 38,5. Ab. 38,5.

16. November. T. M. 37,7. Puls 102, weich. Sensorium leicht benommen. Ab. 37,7.

17. November. 1 Uhr Morgens Tod unter zunehmender Herzschwäche.

Section am 18. November: Prima intentione verheilte Laparotomiewunde. Im Abdomen kein Exsudat. Peritoneum parietale und viscerale spiegelnd. Darmschlingen glänzend, zeigen

keine abnormen Verklebungen oder Reste alter peritonitischer Erkrankungen. Die Flexur von physiologischer Weite, zeigt ein Mesocolon, dessen grösste Länge ca. 25 Cm. und dessen Breite 8 Cm. beträgt. Keinerlei Narben am Fusspunkte der Flexur zu constatiren. Ligamentum mesenterico-mesocolicum Gruberi sehr deutlich ausgeprägt. Treibt man aus dem Colon ascendens und transversum Gase in die Flexur und dreht sie dann in die Lage wie sie bei der Operation gefunden wurde (Drehung von ca. 270°) so sieht man das lig. mesenterico-mesocolicum sich sehr straff anspannen und ein sichtbares Hinderniss für die Entleerung des Darminhalts bieten. Die Schleimhaut der Flexur, wie auch die der oberhalb gelegenen Partien des Colon zeigt völlig normales Aussehen. Leber, Milz und Nieren bieten keine auffallenden pathologisch-anatomischen Veränderungen dar. Die ganze rechte und der untere Lappen der linken Lunge pneumonisch infiltrirt. Am Herzen nichts besonderes. In der Aorta arteriosklerotische Veränderungen geringen Grades.

In beiden vorstehend beschriebenen Fällen handelte es sich also um Axendrehung der Flexura sigmoidea. In beiden Fällen war es möglich aus dem localen Meteorismus der strangulirten Schlinge, sowohl durch die Adspection, als auch durch Palpation, die Diagnose zu stellen, im ersten Falle sofort auf Axendrehung der Flexur, im zweiten zunächst nur auf Strangulationsileus mit dem muthmaasslichen Sitze im Colon. Dass im zweiten Falle nicht sofort die präcise Diagnose gestellt worden, erklärt sich daraus, dass die um ihre Axe gedrehte geblähte Flexur ziemlich in der Mitte des Abdomens, resp. in einer diagonalen Richtung lag, während zu beiden Seiten derselben sich die Dünndarmschlingen ziemlich gleichmässig vertheilt gelagert hatten. Dadurch wurde bei der Palpation das Gefühl von drei neben einander liegenden meteoristisch geblähten Partieen hervorgerufen. Die mittlere Partie. die übrigens am deutlichsten prominirte, entsprach der meteoristisch geblähten Flexur.

In beiden Fällen wurde bei der Operation der Schnitt nur vom Nabel bis zur Symphysis gemacht, weil eben der Sitz der Occlusion mit ziemlicher Sicherheit diagnosticirt worden war. Uebrigens zeigte sich auch, dass ein Erweitern des ursprünglichen Schnittes über den Nabel hinaus in keinem von beiden Fällen nöthig war.

Trotzdem im ersten Falle die Occlusion längere Zeit (4 Tage) bestanden, im zweiten nur 3 Tage, die Axendrehung im ersten Falle 360°, im zweiten ca. 270° betrug, zeigte im zweiten Fall nach Detorsion und Entleerung des Inhalts der Flexur diese eine beängstigende Schlaffheit und lag wie ein leerer Sack in der Bauchhöhle ohne eine Spur von Turgor. Letzteres wird wohl auch der Grund gewesen sein, dass trotz Lösung der Strangulation die Occlusionserscheinungen in diesem zweiten Falle eigentlich noch 2—3 Tage anhielten.

Die Detorsion gelang in beiden Fällen erst nachdem die ganze strangulirte und geblähte Schlinge aus der Bauchhöhle herausgewälzt war. Im erstbeschriebenen Falle zeigte sich dabei das merkwürdige Factum, dass, nachdem die Schlinge ca. 270° zurückgedreht worden, der letzte Rest der Drehung (circa 90°) spontan erfolgte. Das Zurückbringen der Schlingen in die Bauchhöhle nach der Detorsion machte in beiden Fällen Schwierigkeiten und gelang erst nachdem durch Warmwasserclystiere die Flexur entleert worden war (Clark).

In beiden Fällen traten nach der Operation Temperatursteigerungen auf. Im Falle II waren dieselben wohl unbedingt auf die Entwicklung einer doppelseitigen Pneumonie zurückzuführen. Im Falle I liess sich eine Pneumonie direct nicht nachweisen. Ob im letzteren Falle das Fieber durch Resorption septischer Stoffe aus dem Darm erklärt werden kann, oder ob schliesslich doch am Hilus der Lunge sich kleine pneumonische Heerde bildeten, lasse ich unentschieden.

Das Mesenterium der gedrehten Flexur war in keinem von beiden Fällen auffallend lang. Nur die Breite war eine geringe, so im Falle II 8 cm. (bei der Section gemessen), im Falle I ca. 10 Cm.

Die strangulirte, meteoristisch geblähte Flexur war in beiden Fällen spiegelnd, jedoch stark injicirt, mit einem Stich in's bläuliche. An der Basis fanden sich im ersten Falle einige Fibrinauflagerungen, im zweiten Ekchymosen. In der Bauchhöhle wurde bei der Operation in beiden Fällen haemorrhagisch gefärbtes Exsudat in geringer Menge gefunden, das sofort nach Eröffnung des Peritoneum sich entleerte. Die oberhalb der gedrehten Flexur liegenden Darmabschnitte zeigten keine oder nur minimale Blähung.

Bei der Section des zweiten Falles wurde das Ligamentum mesenterico-mesocolicum Gruberi sehr ausgeprägt gefunden, welches als Bauchfellduplicatur scharfrandig vor der Wirbelsäule von rechts nach links verlaufend, sich vom Mesenterium des Dünndarms zum Mesocolon der Flexur erstreckte. Dasselbe soll ja nach Pirogoff, Gruber und Küttner mit ein begünstigendes Moment für die Entstehung einer Axendrehung der Flexur sein.

Die von v. Samson beschriebenen Narben am Fusspunkte der Flexur wurden in keinem von beiden Fällen gefunden.

Die zur Vermeidung einer Wiederkehr der Axendrehung vorgeschlagenen Methoden — das Mesocolon durch Bildung einer dem Darm parallel laufenden Falte zu verkürzen (Senn), oder die zurückgedrehte Flexur an die Bauchwand zu fixiren (v. Nussbaum, Rosen) — gelangten in keinem von unseren Fällen zur Anwendung, da unserer Ansicht nach durch dieselben nur neue pathologische Zustände in der Bauchhöhle geschaffen worden wären.

Dass in unseren beiden Fällen der therapeutische Eingriff — die Laparotomie und Detorsion — besonders nach gestellter Diagnose, berechtigt war, erscheint wohl selbstverständlich. Wäre bei der Operation Gangrän der strangulirten Schlinge constatirt worden, so hätte man die gangränöse Schlinge reseciren und darauf je nach den Umständen den Darm primär nähen, oder einen Anus präternaturalis anlegen müssen — ein Verfahren, das von v. Zoege und H. Braun[2]) mit günstigem Resultat ausgeführt worden ist.

Wenn auch in unserem zweiten Falle schliesslich am 11. Tage p. operat. der Exitus letalis an Pneumonie eintrat, so sind wir doch mit R. v. Oettingen der Ansicht, dass, da durch die Laparotomie Lösung und Beseitigung des Hindernisses der Darmpassage gelang, dieser Fall zu Gunsten der Laparotomie anzuführen ist, um so mehr, als der Tod aus Gründen eintrat, die nicht mit der Laparotomie in ursächlichem Zusammenhang standen.

Zum Schluss möge Folgendes noch besonders hervorgehoben werden:

1. Mit Hülfe der v. Wahl'schen Untersuchungen lässt sich Volvulus der Flexura sigmoidea diagnosticiren.

2. Die einzig zulässige Therapie eines Volvulus der Flexura sigm. ist die Laparotomie und Detorsion, event. bei Gangrän der torquirten Schlinge Resection derselben und Anlegung eines Anus präternaturalis.

3. Bei Operation eines Volvulus der Flexura sigm. genügt ein Schnitt vom Nabel bis zur Symphyse.

4. Bei Schwierigkeiten in der Reposition nach Detorsion eines Volvulus der Flexura sigm. ist Punction, resp. Incision des Darms zu vermeiden, und durch Clysmata eine Entleerung des Darms zu erzielen.

Zur Symptomatologie der Rötheln.

Von

Dr. P. Wilischanin.

Ende April und im Mai dieses Jahres herrschte in der Tschernigowschen weiblichen Eparchialschule eine ziemlich heftige Rubeolaepidemie. Es erkrankten im Ganzen

[2]) XX. Chirurgencongress 1891.

ca. 50 Personen im Alter von 2 bis 17 Jahren. Die Epidemie zeigte einige Eigenthümlichkeiten der Symptomatologie, die wohl der Veröffentlichung werth sind. Von dem charakteristischen Exanthem will ich hier nicht sprechen.

Die Krankheit fing gewöhnlich an mit Kopfschmerzen, allgemeiner Schwäche, Injection der Conjunctiven, der Schleimhäute der Nase (Schnupfen), der Mundhöhle, des Rachens und Kehlkopfs (Husten). Fast bei allen Kranken bestand bis zum Ausbruch des Exanthems ungewöhnliche Schläfrigkeit, die Kinder schliefen Tage und Nächte lang ohne zu essen. Die Temperatur war im Prodromalstadium erhöht. In 9 Fällen erschien der Ausschlag erst am 4. Tage der Krankheit. Hier führe ich die Temperaturen einer Kranken an, bei der die Eruption erst am 5. Tage stattfand.

Die Schülerin L., 12 J. a., trat am 29. April ins Lazareth mit Erscheinungen allgemeinen Unwohlseins, Kopfschmerzen, Schlafsucht etc.

		Morgens.	Abends.
30. April	Temperatur	37,2	37,7
1. Mai	»	37,0	38,5
2. »	»	38,0	39,2
3. »	»	39,0	40,4 Erupt.
4. »	»	39,4	38,8
5. »	»	37,8	37,8
6. »	»	37,5	37,8
7. »	»	37,3	37,0

Von da an war die Temperatur normal. Das Exanthem zeigte sich am 3. Mai und war über den ganzen Körper verbreitet.

In charakteristischen Fällen wurde also vor der Eruption eine Temperaturerhöhung beobachtet, die bis zu 4 und 5 Tagen allmählich anstieg. Die höchste Temperatur entsprach dem stärksten Ausbruch des Ausschlages. Nach 3—4 Tagen verschwand der Ausschlag und es trat recht bedeutende Hautabschuppung ein. In einzelnen Fällen stieg die Temperatur bis 40,4, 40,5 und sogar bis 40,9. Die hohe Temperatur führte in 4 Fällen zu heftigen Delirien mit Gesichts- und Gehörshallucinationen. Zur Feststellung des Beginns und des Endes der Krankheit bediente ich mich der Conjunctivalinjection. Dieses Symptom war so zuverlässig, dass Kranke nur daraufhin sofort in's Lazareth gelegt wurden, wobei denn später immer sich typische Rötheln entwickelten. Ebenso hielt ich mich an dieses Symptom, um das Ende der Erkrankung zu bestimmen. Bei der oben erwähnten Patientin verschwand die Injection der Conjunctiven 12 Tage nach Verschwinden des Ausschlags und 7 Tage nach Beendigung der Abschuppung. In der Periode der Reconvalescenz wurden bei 10 Kranken 3—4—5 Tage anhaltende Durchfälle beobachtet.

Der erste Erkrankungsfall wurde am 12. April beobachtet, am 23. April, also 11 Tage später, traten auf einmal 11 neue Kranke in's Lazareth.

Hinsichtlich des Temperaturverlaufs bei Rötheln finden sich in der Literatur widersprechende Angaben. Nach meinen Beobachtungen ist in typischen Fällen immer eine prodromale Steigerung vorhanden. Die Schlafsucht ist auch eine Eigenthümlichkeit unserer Epidemie; wahrscheinlich ist sie von der Entwickelung besonderer Toxine abhängig, die auf das Centralnervensystem wirken. Durch Toxinwirkung sind auch die in einzelnen Fällen beobachteten excessiven Temperatursteigerungen und die später eintretenden Durchfälle zu erklären.

Referate.

Prof. H. Leo (Bonn): Tod durch Glottiskrampf bei Hysteria virilis. (Deutsche medicin. Wochenschr. Nr. 34, 1893).

Die Fälle von tödlichem Ausgang der Hysterie sind so ausserordentlich seltene, dass man im Allgemeinen auch bei solchen Symptomen Hysterischer unbedenklich sein kann, welche im Gefolge anderer Krankheiten die grössten Besorgnisse erzeugen müssten. Um so grösseres Interesse muss der von L. beschriebene Fall erregen, der einen 21 jährigen Schneider betrifft. Derselbe hatte mit 11 Jahren 10 Wochen lang Chorea im linken Arm und in der linken Gesichtshälfte und war mit 18 Jahren wiederum einige Wochen wegen choreatischer Bewegungen, dieses Mal auch im linken Bein und zeitweise im M. cucullaris, in klinischer Behandlung. Nach 2 jähriger Euphorie stellten sich die Zuckungen, angeblich mit Bewusstlosigkeit verbunden, wieder ein und dauerten 10 Wochen lang. Darauf Wohlbefinden bis zum 7. Januar 1893, an welchem Tage die Krämpfe von neuem unter starkem Kopfschmerz und Schwindelgefühl, aber ohne Bewusstlosigkeit, auftraten und seine Ueberführung in die medic. Klinik bedingten. — Die grobe motorische Kraft war unverändert, keinerlei Contracturen zu constatiren. Complete Anästhesie an beiden linken Extremitäten, weniger am linken Gesicht und Kopf, Reflexe an den Armen nicht mit Sicherheit auszulösen, Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten normal; ebenso an den Augen keine Abnormität, speciell keine Gesichtsfeldeinengung, Pharynxreflex vorhanden.

Am 10. Jannar Abends stellte sich bei dem Patienten ein starker Krampfanfall ein, der folgendermaassen verlief: der Kopf wurde in das Kissen rückwärts gebogen, der Rumpf leicht von der Unterlage erhoben; heftige Zuckungen in der Facialismuskulatur, besonders im Triangularis menti. Diese Krämpfe auch in der Nacken- und Rumpfmuskulatur klonischer Art; der Arm wird im Schultergelenk gehoben und abducirt, im Ellenbogengelenk gebeugt, dabei tonische Krämpfe in den Extensoren des 2. und 4. Fingers. Im Beine tonische Krämpfe der Wadenmuskulatur, die Fussspitze nach unten gebeugt. Dabei klonische Zuckungen im Quadriceps. In der folgenden Zeit wiederholen sich diese Anfälle täglich 1 bis 2 mal.

Die Behandlung bestand in der Darreichung von Narcoticis und Elektricität, ohne dass eine Besserung des Zustandes erreicht wurde. Vom 3. Februar an erhielt Patient subcutane Einspritzungen von Hyoscinum hydrobromatum, worauf die Krämpfe ganz erheblich abnahmen, dagegen die Anästhesie der linken oberen und unteren Extremität völlig unverändert blieb. Am 4. März traten Abends plötzlich wieder heftige klonisch tonische Krämpfe der ganzen linken Seite auf, die nach Morphium nachliessen, am nächsten Abend mit verstärkter Heftigkeit jedoch abermals auftraten. — Zugleich machte sich aber jetzt eine hochgradige inspiratorische Dyspnoe mit Cyanose, Einziehen des Jugulum, des Thorax und des Bauches sowie Singultus bemerkbar, unter welchen Symptomen trotz künstlichen Athembewegungen der Tod eintrat. Durch die Section wurde die intra vitam gestellte Diagnose, welche ein organisches Hirnleiden ausschloss und das Bestehen einer hysterischen Erkrankung annahm bestätigt. Im Kehlkopf fand sich kein Fremdkörper noch Oedem, dagegen ershienen die beiden Larynxhälften völlig adducirt.

C. Tomberg.

Arbeiten aus der chirurgischen Klinik der königlichen Universität Berlin.

(Herausgegeben von Dr. E. von Bergmann, achter Theil. 1893.)

E. v. Bergmann: Zur Casuistik der Leberchirurgie.

An der Hand eines literärischen Excurses geht v. B. kurz die verschiedenen Formen von Lebertumoren durch, die operirt worden sind und operirt werden sollen. Von letzteren sind Syphilome stets, Cavernome und Carcinome meist auszuschliessen, letztere weil meist inoperabel, Cavernome weil sie meist keine Indication bilden. Es bleiben somit Echinococcen, die das grösste Contingent stellen, cystoide Bildungen und tubulöse Adenome. Ein einschlägiger Fall letzterer Art giebt v. B. Veranlassung auf die Technik der Blutstillung und Stielversorgung einzugehn. Erstere ist oft schwierig, wo die Glisson-sche Kapsel nicht zur Deckung benutzt werden konnte, und konnte trotz Umstechung und Paquelin zuletzt nur mit Jodeforn.gazetamponade gesichert werden. Genesung.

Diagnostische Schwierigkeiten, namentlich bei grosser Beweglichkeit in Folge langer Stielung, sind nur durch Nachweis des Zusammenhanges mit der Leber zu überwinden.

H. Schlange: Zur Diagnose der solitären Cysten der langen Röhrenknochen.

Anknüpfend an eine Reihe von Beobachtungen solitärer Cysten in den langen Röhrenknochen bespricht Schlange kurz die von anderen Autoren referirten Beobachtungen und scheidet als eine besondere Form aus

1. Cysten mit geschwulstartiger Umgebung. Diese zeigt meist die Charaktere des Faserknorpels. Gemäss der Structur des Mutterbodens kann dieses Gewebe bald mehr bindegewebigen Charakter zeigen, bald mehr Riesenzellen aufweisen, bald kno-

pelig erscheinen. Die in der Anamnese meist berichtete Fractur ist was aus ihrer ungewöhnlichen Lage, aus der relativ geringen Gewaltwirkung schon hervorgeht, oft als erstes Symptom der Cyste aufzufassen. Von Carcinommetastasen und Sarcomen unterscheidet sich das in Rede stehende Leiden durch langsamen Verlauf. Charakteristisch ist die an der Bruchstelle auftretende, jahrelang zunehmende Verbiegung, die übrigens auch ohne vorhergegangene Spontanfractur zu Stande kommt. Therapie: Ausschälung mit Meissel und scharfem Löffel.

2. Cysten ohne nachweisbare geschwulstartige Umgebung.

Sind den vorigen ätiologisch gleich zu stellen. Es handelt sich um Erweichungscysten einer primären Geschwulstbildung. Die gleiche Therapie hier wie bei 1 giebt günstige Resultate

Walter Rindfleisch: Experimentelle Untersuchungen über die Heilung des Darmes nach Resection bei Anwendung der Czerny-Lembertschen Nähte.

Eine Reihe von Versuchen am Hund soll den Heilungsvorgang nach querer Durchtrennung und Czerny-Lembert'scher Naht illustriren. Verf. experimentirt unter aseptischen Cautelen an Hunden und kommt zu dem Schluss: «Dass alle diese Ungenauigkeiten und Schädlichkeiten» (Einstülpung der Mucosa bis zwischen die Muscularis, Klaffen der Mucosa, nicht genaues Aneinanderliegen der Häute des Darmes, kleine abgekapselte Nahtabscesse in der Umgebung) «belanglos sind» und «dass die Bestrebungen, die einzelnen Darmschichten auf das subtilste zu vereinigen, zu weit gehen». «Wir kommen mit der Czerny Lembert'schen Naht eben aus». Zum Beweise dessen führt Verf. seine Experimente am Hunde an, bei denen jene oben erwähnten «Ungenauigkeiten» fast ausnahmslos vorkamen, jedoch die definitive Heilung nicht störten. Es fanden sich jedoch stets das Netz, die Därme an der Nahtstelle in nicht unerheblichem Maasse verwachsen. Ref. kann nicht umhin gegen diese Schlussfolgerungen zu remonstriren, wenn auch nicht gegen die Czerny Lembert'sche Naht, die er selbst stets anwendet. Die Experimente des Verf. am Hunde beweisen nur die alte Thatsache, dass diese Species namentlich an ihrem Tractus intestinalis verschiedenes verträgt. Die «kleinen Ungenauigkeiten» hätten am Menschen, wenn auch nicht in allen Fällen, aber doch sicher in einigen sehr üble Folgen gehabt, mindestens die Adhäsionen vermehrt. Das aber soll gerade unser Streben sein, diese möglichst zu vermeiden und wenn Rindfleisch sagt, es sei kein Fall ohne Adhäsionen in der Literatur zu finden, so beweist das noch nicht, dass er nicht existirt. Jedenfalls werden aber die zarten Adhäsionen, wie sie durch aseptische Verklebungen erzeugt werden weniger stören als breite, flächenhafte Verwachsungen um einen Abscess. Es lässt sich doch nach Czerny Lembert eine Darmnaht auch subtil anlegen — so dass Schicht an Schicht liegt.

Interessant ist ein Hinweis des Verfassers auf die Festigkeit der Submucosa und ihre Spaltrichtung, die in der Längsrichtung des Darmes liegt. Es müssten also Nähte möglichst quer diese Haut fassen, in welcher Richtung sie nach dem Verf. eine enorme Widerstandskraft besitzt.

H. Schlange: Ueber Hochstand der Scapula.

Verf. knüpft an eine von Sprengel im 42. Bande des Langenbeck'schen Archivs gemachte Mittheilung die Vorstellung von 2 Individuen mit Hochstand der rechten Scapula und schuldigt eine congenitale Veränderung des Musc. trapezius, analog derjenigen des Musc. sternocleidomastoideus bei caput obstipum, als Ursache des Leidens an.

H. Schlange: Ueber die Fistula colli congenita.

Verf. empfiehlt im Anschluss an einige Beobachtungen bei medianen Kiemengangscysten sich nicht mit der Exstirpation der Fistel bis zum Zungenbein zu begnügen sondern, da sich hinter diesem oft Fortsätze finden, das häufig durchbohrte Zungenbein zu spalten resp. ein Stück zu reseciren. So schützt man sich am besten vor Recidiven.

L. Mühsam u. C. Schimmelbusch: Ueber die Farbeproduction des Bacillus pyocyaneus bei der Symbiose mit anderen Mikroorganismen.

Verf. weisen an der Hand der Literatur nach, dass die Farbstoffproduction abhängt:

1. Von genügender Luftzufuhr.
2. Von passendem Nährboden.
3. Von der Beschaffenheit der Bacillen.
4. Zeigen Versuche, dass die Farbstoffproduction vernichtet, resp. herabgesetzt werden kann durch Symbiosen, wobei es sich nicht um Aenderung der Reaction des Nährbodens handelt. (Doch wohl aber um Aenderung des Nährbodens selbst? Ref.)

Geissler: Die Uebertragbarkeit des Carcinoms.

G. giebt eine Uebersicht über die klinischen und experimentellen Belege für die Impfbarkeit des Carcinoms. Die klinischen Beobachtungen von Fortschleppung der Carcinommassen extra und intra corpus gaben Veranlassung zu verschiedenen Versuchen. Diejenigen am Menschen waren nur erfolgreich, sobald dasselbe Individuum benutzt wurde.

Bald trat das Thierexperiment an die Stelle und erwies zur Evidenz, dass auf bisher gesunde Individuen (Ratten, Hunden) überpflanzte Carcinomtheile anwachsen und zu metastatischer Verbreitung führten. Wesentlich war die Uebertragung auf dieselbe Species. Daher sind denn auch die Versuche, vom Menschen auf Thiere zu übertragen bisher alle als fehlgeschlagen anzusehen. Die jüngsten Versuche von Adamkiewicz, der Carcinomstücke in Kaninchenhirn überpflanzte und sie dort eine «acute Carcinomkachexie erzeugen» sah — eine Cancroinvergiftung, controllirte G. durch einige Experimente bei denen es zur Evidenz erwiesen wurde, dass die Carcinome ruhig als Fremdkörper einheilen, ohne weiter zu wuchern und keineswegs, wenn aseptisch operirt wurde, irgend deletäre Folgen für das Thier hatten. Somit sind die Adamkiewicz-schen Kaninchen an Sepsis zu Grunde gegangen. Z.

Rehn: Ueber die Behandlung des acuten Darmverschlusses. (Langenbeck's Archiv, Band 43, Heft 3 und 4, pag. 298 und XXI. Congress für Chirurgie).

R. verlangt wie bei der Hernia externa incarcerata beim acuten Darmverschluss die Operation, namentlich aber baldige Consultation des Chirurgen. Opium etc. verwische blos das Krankheitsbild. Werthvoll sei eine genaue Untersuchung des Abdomen, wobei namentlich neben der genauen Aspection und Palpation (v. Wahl) auch die Auscultation anzuwenden sei. Sie ermögliche den eventuellen Nachweis der Peristaltik sc. der Vitalität des Darmes: Oft gelinge es die Peristaltik bis zu einer gedämpften Stelle nachzuweisen, wo sie aufhöre (strangulierte Partie). Rehn will (wie v. Wahl und Referent) den Ileus ex peritonitide ganz abtrennen und 2 wesentlich verschiedene Formen unterscheiden: Die Darmocclusion mit gefährdeter Ernährung der Wand und diejenige bei der: «die Aufstauung der Ingesta der bestimmende Factor ist» (cf. auch Kader Ref.) An 12 Fällen, von denen übrigens nur 3 starben, zeigt Rehn in überaus anschaulicher Weise, wie weit man mit der Diagnose unter den genannten Bedingungen trotz aller Schwierigkeiten kommen kann. Aus der in dieser Hinsicht interessanten Arbeit sei die diagnostische Bedeutung der Auscultation zum Nachweis erhaltener Peristaltik besonders hervorgehoben, ein Hülfsmittel, das Rehn zur rechten Zeit der Vergessenheit, in die es seit den Publicationen von Bauer, Trewes, Leichtenstern gerathen zu sein schien, entrissen hat. Z.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Albert Hoffa: Technik der Massage. Stuttgard, Ferd. Enke 1893. Mit 29 Abbildungen im Text. 74 Seiten.

Das Buch ist jedem Arzt, der sich mit Massage beschäftigt, dringend zu empfehlen. Die in ihm enthaltenen Vorschriften kann man mit Recht als «goldene Regeln» bezeichnen. Von H., der sich bekanntlich um die Massage grosse praktische Verdienste erworben hat, musste man ja auch eine hervorragende Leistung erwarten. Hoffa's Standpunkt, dass nur der gebildete Arzt im Stande sei, richtig zu massiren und dass das völlige Verbot der Laienmassage anzustreben sei, ist ja recht rigoros, seine Berechtigung dürfte aber wohl immer mehr Anerkennung gewinnen. Auf eine Inhaltsangabe des Buchs darf Verf. wohl verzichten, es genüge die Versicherung, dass man darin alles für die Praxis Nöthige — allgemeine Regeln, Massage der einzelnen Körperregionen, der Muskeln, Gelenke, etc. — beisammen findet. Die Abbildungen erleichtern das Verständniss des Textes wesentlich. Die sonstige Ausstattung ist so gut, wie wir es bei Enke gewohnt sind.

Wanach.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

Sitzung am 2. November 1893.

1) Herr Masing referirt über folgenden, am heutigen Tage zur Section gekommenen Fall:

52-jähriger, seit 7 Jahren an zunehmender Kurzathmigkeit leidender Mann, erkrankte im März 1890 mit Haemoptoe, Fieber, Schmerzen unter der rechten Scapula. Es wurde ein Infarct im Unterlappen der rechten Lunge diagnosticirt. In 8—10 Tagen schwanden alle Erscheinungen, nach weiteren 8 Tagen trat aber ein ebensolcher Infarct mit denselben Sympto-

men in der linken Lunge auf; hier war ausserdem Dämpfung und exsudative Pleuritis zu constatiren. Eine Quelle für diese Infarcte wurde nicht nachgewiesen. Im Laufe des Sommers besserte sich der Zustand, der Husten schwand fast vollständig, im Sputum waren jetzt ebenso wenig wie früher Tuberkelbacillen vorhanden. Im Winter 1890/91 wieder häufige Haemoptoe, der Husten nahm wieder zu, das Sputum blieb aber nach wie vor bacillenfrei. Während der folgenden Jahre wiederholte sich dasselbe Spiel: Besserung während des Sommers, Verschlimmerung im Winter. Im August dieses Jahres waren folgende Erscheinungen von Seiten des Herzens zu constatiren: arythmische und dabei stürmische Herzthätigkeit, grosses Herz, aber reine Töne; an den Lungen nichts Bestimmtes zu finden, Leberschwellung. Einmal trat blutiges Erbrechen auf; das Erbrochene war nicht mit Bronchialschleim sondern mit Speiseresten vermengt und von saurer Reaction, stammte also wohl nicht aus den Luftwegen sondern aus dem Magen; es wurde an Stauungsvorgänge in der Magenschleimhaut, (infolge von Leberstauung) gedacht. Consultation mit Dr. Amburger, bei welcher constatirt wird: Incongruenz zwischen der Grösse und der stürmischen Thätigkeit des Herzens einerseits und der Schwäche des Arterienpulses andrerseits, reine Herztöne, Ueberfüllung der Körpervenen, mässiger Bronchialkatarrh, keine Höhlenwassersucht. Mit Wahrscheinlichkeit konnte ein Circulationshinderniss im Anfange der Aorta, bedingt durch ein Aneurysma oder durch Compression von seiten eines Tumors im Mediastinum, angenommen werden. Im October trat eine deutliche Dämpfung in der Gegend der rechten Lungenwurzel, zwischen Scapula und Wirbelsäule, auf, bei normalem Auscultationsbefund an Herz und Lungen; trotz wiederholter genauer Untersuchung konnten insbesondere keinerlei Geräusche am Herzen nachgewiesen werden. Unter fortschreitender Verschlimmerung des Zustandes, bei subnormalen Temperaturen trat am 1. November der Tod ein.

Die heute von Dr. Westphalen ausgeführte Section zeigte nun Folgendes (Demonstration des Herzens): das Herz in allen seinen Theilen vergrössert, besonders der rechte Ventrikel, in der Aorta kein Hinderniss, wenig Atherom, mehr in der Pulmonalis, Klappen der Arterienostien sufficient. Dagegen hochgradige Stenose der Mitralis; (!) das Ostium ist nur für einen dicken Bleistift durchgängig; der eine Zipfel ganz verkalkt; linker Vorhof dilatirt, mit adhärenten Gerinnseln gefüllt. In der Pulmonalis frische Thromben, in dem zum untern Lappen der rechten Lunge führenden Aste neben einigen älteren auch ein frischer Infarct, dessen Basis nach unten gegen das Zwerchfell gerichtet ist. (Daher war auch intra vitam über diesem Infarct, im Bereiche der durch ihn gesetzten Dämpfung, noch Vesiculärathmen zu hören). In der Nachbarschaft des Infarctes kleine pneumonische Herde. Der anatomische Befund erklärt die Leere der Arterien des grossen Kreislaufes: das Blut staute sich im linken Vorhof, im kleinen Kreislauf, im rechten Herzen und in den Körpervenen. Die grosse Herzdämpfung ist wohl hauptsächlich dem stark vergrösserten und mehr nach vorn, an die Brustwand gedrängten rechten Ventrikel, als dem linken zuzuschreiben; letzterer war wol mehr nach hinten von der Brustwand abgerückt; so lässt sich auch denken, dass ein etwa vorhandenes Mitralgeräusch durch die reinen Bicuspidaltöne maskirt wurde.

Herr Moritz erinnert sich einiger Fälle von Stenosen, in welchen Geräusche lange Zeit, selbst Jahre lang, fehlten; doch waren solche wenigstens eine Zeit lang vorhanden gewesen; der eben mitgetheilte Fall zeichnet sich durch das constante Fehlen jeglicher Geräusche aus. Vielleicht ist der Grund hierfür in der Abwesenheit von Rauhigkeiten am stenosirten Ostium zu suchen. Eine sichere Diagnose dürfte in solchen Fällen kaum möglich sein.

Herr Westphalen bemerkt folgendes zum Sectionsbefund: Die in der Pulmonalis gefundenen Veränderungen bestanden nicht sowohl in atheromatöser Entartung der Gefässwand, als vielmehr in sklerotischer Verdickung derselben. Die Sklerose der Pulmonalis ist überhaupt selten und hier wohl durch die Stauung im kleinen Kreislauf und die hierdurch bewirkte Verlangsamung des Blutstromes zu erklären. Was die fragliche Magenblutung des Pat. anlangt, so mag eine solche sehr wohl stattgefunden haben, da auch in der Magenschleimhaut eine venöse Stauung vorhanden war. Ein Missverhältniss zwischen Herzchok und kleinem Arterienpulse kann bei einem vergrösserten und dabei schwachen Herzen zu Stande kommen, ohne dass man ein Hinderniss für den Blutstrom im oder am Herzen anzunehmen braucht (Martius).

Herr Masing erwähnt noch einen Fall, den er beobachtet und Dr. Westphalen secirt hat: es handelte sich um eine Stenose der Aorta. Der Puls war unter gewöhnlichen Verhältnissen kräftig, sobald aber erhöhte Anforderungen an das Herz gestellt wurden, war er klein. Ausser den mechanischen Verhältnissen spielten also vitale Factoren, wie die Energie des Herzmuskels etc. hierbei auch eine Rolle.

2) Herr v. Schrenck berichtet über folgenden Verletzungsfall: Ein Fabrikarbeiter stürzt am 31. October in trunkenem Zustande auf eine unter dem Rock verwahrte Brantweinflasche und erhält durch die Scherben der letzteren eine penetrirende Bauchwunde zwischen Nabel und Proc. xiphoid. Es fällt sofort ein Theil des Dünndarms durch die Wunde vor. Der Verletzte zieht in seinem unzurechnungsfähigen Zustande den vorgefallenen Darm immer weiter vor und reisst schliesslich das ganze vorgezogene Convolut von Darmschlingen mit den Händen ab; er wird hierauf bewusstlos aufgefunden und mit dem bei ihm befindlichen Darmstück ins Fabrikshospital gebracht. Vortr. sieht den Verletzten am nächsten Morgen. Status am 1. Nov. Robuster Mann, anämisch, somnolent. Abdomen eingesunken; in der Bauchwunde liegen Theile des abgerissenen Mesenteriums und die beiden Darmwunden. Dass keine grössere Blutung stattgefunden, erklärt sich wohl aus der gewaltsamen Torsion der durchrissenen Gefässe und der Einklemmung des stark geschwellten Mesenteriums in der Wunde. Es wird nun (in Gemeinschaft mit dem als Chirurg hinzugerufenen Dr. Luchin) der Mesenteriumstumpf umstochen, theilweise abgetragen, fortlaufend vernäht, gesäubert und nach Erweiterung der Wunde versenkt. Die Darmenden, aus deren oberem, offenbar nahe dem Duodenum befindlichen, ein Strom von Galle sich ergiesst, werden theilweise vereinigt und in die Wunde eingenäht (Anus praeternaturalis). Heute, am zweiten Tage nach der Verletzung, fühlt Pat. sich verhältnissmässig wohl. Temp. 36,8—36,9, Puls 104—110. Keine peritonitischen Erscheinungen. Ueber den weiteren Verlauf des Falles, der bei günstigem Ausgange für manche physiologische Fragen, wie die nach der Magenresorption, besonders interessant werden dürfte, soll demnächst berichtet werden. Das ausgerissene, 5 Arschin (355 Cm.) (!) lange Darmstück wird demonstrirt.

Secretär: E. Blessig.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Dr. Carasso, Genua, theilt uns mit, er habe mit folgender Behandlungsmethode in 39 Fällen von Lungentuberculose in den verschiedensten Stadien (auch mit Cavernen) glänzende Resultate erzielt. Das Verfahren besteht in beständiger Inhalation von Pfefferminzöl, das 1888 von Braddon warm empfohlen wurde, und in innerlicher Darreichung einer alkoholischen Lösung von Kreosot mit Glycerin und Chloroform (die Dosirung ist nicht angegeben), der 1 pCt. Pfefferminzöl beigefügt ist. Unter dieser Behandlung, die Carasso seit 1888 erprobt hat, schwinden die Bacillen nach 13 bis 60 Tagen, Husten, Auswurf, Nachtschweisse etc. hören auf und auch die Percussion und Auscultation ergeben eine vollständige Restitutio ad integrum. Die ausführliche Publication der 39 geheilten Fälle soll demnächst erfolgen.

Vermischtes.

— Dr. Wm. Higginbotham beging am 5. October seinen 80-jährigen Geburtstag, und am 3. November den 50. Jahrestag seiner ärztlichen Thätigkeit. Er trat am 3. November 1843, laut Ukas des Kaisers Nikolaus, als dejourirender Hofarzt in den Staatsdienst. Er ist Ehrenmitglied des Vereins deutscher Aerzte zu St. Petersburg, Mitstifter und zugleich Ehrenmitglied der russischen chirurgischen Gesellschaft Pirogows; Ehrendoctor (doct. hon. causa) der Universität Würzburg; und endlich Ehrenmitglied des Vereins St. Petersburger Aerzte.

— Zum Präsidenten der I. (biologischen) Section der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit ist der Chef der militär-medicinischen Academie, Dr. W. W. Paschutin, zum Vicepräsidenten der Professor der genannten Academie Dr. Pasternazki (Therapeut) und zum Secretär der Ordinator am Nicolai-Militärhospital Dr. Podanowski gewählt.

— Das 25-jährige Jubiläum ihrer ärztlichen Thätigkeit feiern am 9 December d. J. ausser den von uns bereits genannten Professoren der militär-medicinischen Academie L. W. Popow, K. J. Sslawjanski und E. W. Pawlow, auch der Ehren-Leibmedicus Dr. Alyschewski hierselbst, der d. z. Rector der Kasanschen Universität Dr. K. W. Woroschilow, die Professoren der Charkower Universität W. P. Krylow und T. J. Bogomolow, der Oberarzt des Charkower Militärhospitals Dr. M. J. Reich und der Divisionsarzt der 5. Infanterie-Division Dr. G. P. Udinzow in Tschernigow. Alle diese eben Genannten haben ihre medicinische Ausbildung an der militär-medicinischen Academie erhalten.

— In Rostow a. D. beabsichtigen die dortigen Aerzte in nächster Zeit das 50-jährige Jubiläum der ärzt-

lichen Thätigkeit des Dr. G. J. Tkatschew, welcher sowohl als Arzt, wie auch durch seine communale Thätigkeit eine hervorragende Stellung dort einnimmt, festlich zu begehen. Die Feier wird wahrscheinlich am 17. Januar 1894 als dem Stiftungstage der Universität Charkow, an welcher der Jubilar seine med. Ausbildung erhalten, stattfinden.
(Priasowski Krai—Russ. Med.)

— Verabschiedet auf sein Ersuchen der Ehren-Leib-Medicus des Kaiserlichen Hofes, Staatsrath Dr. Scherschewski von dem Amte eines Consultanten für Nervenkrankheiten bei den St. Petersburger Instituten der Kaiserin Maria.

— Verstorben: 1) Am 14. November in Minsk der frühere Gouvernements-Medicinalinspector, wirkl. Staatsrath Dr. Carl Dieberg, im 68. Lebensjahre an einem Gehirntumor. Aus Estland gebürtig bezog der Hingeschiedene im Jahre 1846 die Universität Dorpat, wo er sich dem Studium der Medicin widmete. Nach Erlangung der Doctorwürde i. J. 1852 war D. mehrere Jahre Stadtarzt in Menselinsk (Gouv. Orenburg) dann in Kasan. Im Jahre 1864 wurde er zum Medicinalinspector von Podolien ernannt, von wo er 1871 in die gleiche Stellung nach Minsk übergeführt wurde. Ein plötzlich auftretendes Herzleiden, sowie die Entwickelung einer Neubildung im Gehirn zwangen ihn im vorigen Jahre sein Amt und seine Praxis aufzugeben. Der Verstorbene zeichnete sich durch seltene Herzensgüte aus und genoss daher grosse Achtung und Liebe sowohl bei den Collegen und Untergebenen, als auch in den weitesten Kreisen der Stadt. Er bekleidete auch das Amt eines Ehrenfriedensrichters. 2) Am 15. November in Odessa der Professor der Physiologie an der dortigen Universität, wirklicher Staatsrath Dr. Peter Spiro, 49 Jahre alt, an Apoplexie. Der Verstorbene widmete sich als Candidat der Naturwissenschaften der Moskauer Universität dem Studium der Medicin an der medico-chirurgischen Academie und setzte seine Studien dann bei den berühmten deutschen Physiologen Ludwig, Kronecker, Rollett u. anderen fort. Im Jahre 1874 erlangte er den Grad eines Magisters der Zoologie und 1881 die medicinische Doctorwürde in Charkow. 1879 wurde Sp. zum Docenten der Physiologie in Odessa, 1891 zum ausserordentlichen und erst einige Tage vor seinem Tode zum ordentlichen Professor ernannt. Seine zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten betreffen die Physiologie des Rückenmarks, die Gallenbildung, den thierischen Magnetismus, die Zwangsbewegungen beim Menschen u. s. w. 3) Am 17. Oct in Myschkin (Gouv. Jaroslaw) der dortige Stadtarzt Demetrius Rogow im 56. Lebensjahre an fettiger Entartung des Herzens und wahrscheinlich auch Darmkrebs. Er hat seine Frau mit 9 unerzogenen Kindern ganz mittellos hinterlassen. 4) In Dmitrijew (Gouv. Kursk) der Kreisarzt Joseph Golljak an Lungenemphysem im Alter von 40 Jahren. Nach Absolvirung seiner Studien in Warschau wurde G. Kreisarzt in Borowitschi (Gouv. Nowgorod) und war dann als Militärarzt im letzten türkischen Feldzuge thätig. Nach dem Kriege lebte er in Kursk und Lgow und bekleidete seit 1890 das Amt des Kreisarztes in Dmitrijew. Wie ein College dem «Wratsch» mittheilt, folgte bei der Beerdigung fast die ganze Stadt seinem Sarge, da der Verstorbene bei den Einwohnern sehr beliebt war. 5) In Venedig der ehemalige Professor der Chirurgie an der Universität Padua und Redacteur der «Rivista di scienze mediche», Dr. Engel Minich, in hohem Alter. Der Verewigte war in den vierziger Jahren während der Belagerung Venedigs als Kriegschirurg und später als Primararzt des allgemeinen Krankenhauses in Venedig thätig. Als geborener Dalmatiner beherrschte er die deutsche Sprache vollkommen und verfolgte mit Bewunderung die Leistungen der deutschen Chirurgie. Sein auf ca. 3 Millionen Francs sich belaufendes Vermögen hat er zum grössten Theil der Academie der Wissenschaften und Künste in Venedig vermacht.

— Der Professor der Ohrenheilkunde an der militär-medicinischen Akademie, Dr. Prussak ist in der Würde eines Professor emeritus bestätigt worden.

— Der älteste deutsche Universitätslehrer der Augenheilkunde, Prof. Stellwag v. Carion in Wien, giebt mit dem Ende dieses Semesters seine Lehrthätigkeit an der Wiener Universität auf.

— Am 18./30. November d. J. waren es 100 Jahre, seitdem der berühmte Berliner Kliniker Prof. Schönlein das Licht der Welt erblickte. An diesem Tage wurde in der Berliner Universität die Büste desselben (ein Geschenk der Familie des grossen Arztes) aufgestellt und in seinem Geburtsorte Bamberg eine Gedächtnissfeier veranstaltet.

— Die Moskauer Duma hat beschlossen, ihrem Sanitätspersonal für seine Bemühungen bei der Durchführung der Maassregeln gegen die Choleraepidemie 20,000 R. als Gratificationen auszuzahlen. Im verflossenen Jahre wurde eine fast ebenso grosse Summe für diesen Zweck bewilligt.

— Das Ministerium des Innern soll, wie die «St. Petersb. Ztg.» erfährt, für nothwendig erachtet haben, die Zahl der jüdischen Lehrlinge von Zahnärzten zu beschränken und sie auf 3 pCt. in den Residenzen, auf 5 pCt. in den übrigen Städten zu normiren.

— In Anbetracht des Nutzens der Abcommandirung solcher Personen zur Bekämpfung der Cholera, die sich bereits in derartiger Abcommandirung befanden und in dieser Beziehung eine gewisse Erfahrung erlangt haben, sowie in Erwägung der Schwierigkeiten, die eine derartige Fahrt, ohne Geldzuschuss, mit sich bringt, ist auf Allerhöchsten Befehl angeordnet worden, denjenigen Personen, welche zum zweiten Mal im Laufe eines Jahres zur Bekämpfung der Cholera abcommandirt werden, eine Extra-Unterstützung auszuzahlen und zwar den Aerzten je 300 Rbl., den Studenten der Medicin je 150 Rbl. und den Feldschern je 50 Rbl.

— In Bad Nauheim ist seit dem Mai a. c. eine Anstalt für kranke Kinder besserer Stände im Alter von 2—14 Jahren, deren Leiden den Gebrauch der Nauheimer Bäder indiciren, eröffnet. Die Anstalt ist das ganze Jahr hindurch geöffnet. Für Kinder unbemittelter Collegen sind Freibetten vorhanden. Zahlende Patienten entrichten 4½—6 Mark täglich. Die Anstalt steht unter Leitung von Dr. R. Müller, die Aufsicht führen barmherzige Schwestern. Da Bad Nauheim auch von hier reichlich beschickt wird, dürfte die vorstehende Notiz die hiesigen Collegen interessiren.

— Vom nächsten Jahr ab erscheint in Moskau ein neues russisches Journal unter der Bezeichnung «Библіотека Врача». Ausser Originalarbeiten werden in ihm Uebersetzungen ausländischer Lehrbücher, Monographien, Vorlesungen etc. erscheinen, ferner Referate, Kritiken etc. Das Journal wird allmonatlich in der Stärke von 15 Druckbogen ausgegeben. Abonnementspreis 10 Rbl. jährlich.

— Wie verlautet, hat Prof. Dr. E. Klebs ein Verfahren zur Herstellung einer Substanz, welche er «Antiphthisin» nennt, zum Patent angemeldet.

— In Wien haben um die Mitte des November-Monats im Auditorium der I. geburtshülflich-gynäkologischen Klinik lärmende Demonstrationen der Studenten stattgefunden, welche gegen den Director dieser Klinik, Prof. Dr. Schauta gerichtet waren. Den Grund dazu hat die angeblich ungerechtfertigte Strenge desselben bei den Prüfungen gegeben. Die Vorlesungen in dieser Klinik waren in Folge dieser Vorgänge bis auf Weiteres eingestellt worden. Neueren Berichten zufolge, ist diese Angelegenheit durch eine taktvolle und loyale Ansprache Schauta's an seine Zuhörer beigelegt worden. Es wird zugegeben, dass Prof. Schauta die in früheren Zeiten geübte Milde bei den Prüfungen in der Geburtshülfe nicht walten liess, da durch ungenügende Kenntnisse auf keinem Gebiete der Medicin so leicht ein Unglück angerichtet werden kann, wie auf dem der Geburtshülfe; es wird aber auch nicht geleugnet, dass bei der grossen Zahl von Hörern die Mittel zu ihrer vollständigen Ausbildung in einem so wichtigen praktischen Fache an der Wiener Universität fehlen und die Errichtung eines dritten Lehrstuhls für dieses Fach dringend geboten erscheint.

— Die meisten Berliner Krankencassen der social-demokratischen Arbeitervereine haben über das Charité-Krankenhaus den Boycott verhängt, und zwar aus dem Grunde, weil neben anderen Missständen die wegen Geschlechtskrankheiten aufgenommenen Kranken eine ungehörige Behandlung erfahren. In einer von ca. 800 Personen besuchten öffentlichen Versammlung, in welcher der Leiter der Arbeitersanitätscommission Dr. med. Zadek den Vorsitz führte, wurde die Aufhebung des Boycotts der Charité von der Erfüllung zahlreicher Forderungen, bezüglich der Baulichkeiten und der Krankenbehandlung abhängig gemacht. Zu diesen Forderungen gehören unter Anderem: Beschaffung genügender Räumlichkeiten durch Neuerrichtung von Baracken; Verbesserung der Ventilations- und Heizvorrichtungen; Entkleidung der Charité ihres jetzigen militärischen Charakters; Unterstellung der Verwaltung und des Wartepersonals unter ärztliche Oberleitung; Recrutirung des ärztlichen Assistentenpersonals durch wissenschaftliche Bewerbung; freundliche und liebevolle Behandlung der Patienten, Fortfall der Disciplinarstrafen und des Kasernentones, Gleichstellung der Geschlechtskranken mit allen anderen Kranken; Absonderung der polizeilich eingelieferten Verbrecher und Prostituirten von den übrigen Kranken; bessere, abwechselungsreiche Kost; völlige Freiheit der Kranken in Bezug auf Verwendung zum Unterricht; völlige Freiheit der Kranken in der Wahl ihrer Lectüre: Fortfall jeder religiösen und politischen Beeinflussung u. s. w. Es sollen auch die Stadtbehörden aufgefordert werden, arme Kranke nicht in die Charité zu senden, solange die erwähnten Forderungen nicht erfüllt sind. Nach den Ermittelungen der Arbeiter-Sanitätscommission sind jetzt die städtischen Krankenhäuser überfüllt, während die Charité in Folge der Boycotterklärung viele Betten frei hat, was früher nie vorgekommen ist.

Beigetreten sind dem Boycott bereits sämmtliche freie Hülfskassen und die Mehrzahl der Ortskrankenkassen; fern gehalten haben sich bis jetzt nur die Innungskassen und viele Fabrikkassen.

— In München erscheint seit dem November d. J. eine neue Zeitschrift unter dem Titel «Forschungsberichte über Lebensmittel und ihre Beziehungen zur Hygiene, über forense Chemie und Pharmakognosie». Herausgeber derselben sind die Professoren Emmerich, Hilger und Göbel, Privatdocent Dr. L. Pfeiffer und Dr. Rudolf Sendtner, Inspector der Untersuchungsstation für Nahrungs- und Genussmittel in München. (A. m. C. Ztg.)

— Vor Kurzem ist in Paris ein noch nicht dagewesener Congress abgehalten worden, der sich «Congrès national pour le libre exercice de la medicine» nennt. Die Organisatoren desselben haben nicht nur an diejenigen, welche ohne Beruf die medicinische Praxis ausüben, als da sind Masseure, Magnetiseure, kurz Medicinalpfuscher jeglicher Art, sondern auch an die Patienten, die durch nicht diplomirte Heilkünstler geheilt wurden, ihren Aufruf ergehen lassen. (Allg. med. C.-Ztg.)

— Bezüglich der Choleraepidemie in Russland lässt sich fast im ganzen Reiche eine deutliche Abnahme constatiren. Nach den beiden letzten officiellen Cholerabulletins kamen nur noch in Podolien (7.–13. Nov. 95 Erkrankungen mit 33 Todesfällen) gegen 100 Erkrankungen in einer Woche vor; in den übrigen Gouvernements erreichte die Zahl der Erkrankungen im gleichen Zeitraume kaum mehr 50. Eine betrübende Ausnahme macht nur die Stadt St. Petersburg. Nachdem hier in den letzten Wochen die Zahl der täglichen Neuerkrankungen an der Cholera stetig abgenommen hatte, sodass man auf ein baldiges Erlöschen der Epidemie rechnen konnte, ist seit dem 27. November plötzlich eine erhebliche Zunahme der Erkrankungen (am 28. und 29. Nov. 38 resp. 34 Neuerkrankungen) eingetreten. Vom 24. Nov. bis 1. Dec. Mittags erkrankten hierselbst 107 Personen, genasen 8, starben 47 und verblieben 66 in Behandlung, während in der Vorwoche die entsprechenden Zahlen 21, 18, 11 und 14 betrugen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 27. November d. J. 6244 (71 mehr als in der Vorwoche), darunter 301 Typhus — (20 wen.), 714 Syphilis — (12 wenig.), 69 Scharlach (7 wen.), 23 Diphtherie — (= Vorw.), 72 Masern — (18 mehr), 27 Pocken — (1 mehr) und 12 Cholerakranke — (6 weniger als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Powenez (Gouv. Olonez). Gehalt 1200 R. jährlich. Adresse: «Повѣнецкая Земская Управа».

2) In der Stadt Danilow (Gouv. Jaroslaw) ist die Stelle des Stadtarztes erledigt. Gehalt 500 Rbl. von der Stadt und 200 Rbl. von der Regierung. Die Privatpraxis bringt ca. 300 Rbl. ein.

3) Im Kreise Bjelzy (Bessarabien) ist eine Landschaftsarztstelle vacant. Gehalt 1000 R., Gratification am Ende des Jahres 200 Rbl. Adresse: «Бѣлецкая Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 21. bis 27. November 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
258	247	505	109	41	75	9	4	23	39	52	33	45	45	23	6	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 11, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 4, Masern 10, Scharlach 10, Diphtherie 14, Croup 4, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 22, Erysipelas 7, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 15, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 13, Tuberculose der Lungen 74, Tuberculose anderer Organe 5, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 30, Marasmus senilis 20, Krankheiten des Verdauungscanals 35, Todtgeborene 26.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 14. December.

Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 20. December.

Дозв. ценз. Спб. 4 Декабря 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 50 St. Petersburg, 11. (23.) December **1893**

Ueber Actinomycose beim Menschen.*)

(Aus der chirurgischen Abtheilung des Dr. A. v. Bergmann, im Stadtkrankenhause zu Riga.)

Von

Dr. med. G. Engelmann.

Assistent.

M. H.! Es ist nicht viel mehr als ein Jahrzehnt her, seit durch die bahnbrechenden Arbeiten Israels[1]) und Ponfiks[2]) die Actinomycose beim Menschen als ein in klinischer und pathologisch-anatomischer Beziehung selbständiges Krankheitsbild zur allgemeinen Anerkennung gelangte. Seitdem ist die Zahl der Arbeiten über diesen Gegenstand zu einer stattlichen Reihe angewachsen, und namentlich seit der 1885 erschienenen umfassenden Arbeit Israels[3]) ist das Studium der Actinomycose sowohl in pathologisch-anatomischer, wie bakteriologischer und klinischer Beziehung mit grossem Eifer gefördert worden; so dass jetzt bereits hunderte von Beobachtungen aus allen Gegenden vorliegen. Auch aus Russland ist bereits in verschiedenen Zeitschriften eine ganze Reihe von Erkrankungsfällen an Actinomycose publicirt worden.

Dagegen vermissen wir aus den Ostseeprovinzen bis heute noch eingehendere Beobachtungen und es liegt nur eine vereinzelte Mittheilung in der Petersburger medicinischen Wochenschrift vom Jahre 1888 über einen in Libau behandelten Fall von Actinomycose der Kreuzbeingegend von E. Braatz vor. Es sei mir daher gestattet eine Anzahl von Fällen von Actinomycose, die

*) Nach einem zum V. Livländischen Aerztetage am 2. Sept. 1893 gehaltenen Vortrage.

[1]) J. Israel. Neue Beobachtungen auf dem Gebiete der Mycosen des Menschen, Virchows Archiv. Bd. 74 u. 78.

[2]) Ponfik. Die Actinomycose des Menschen. Berlin 1882.

[3]) J. Israel. Klinische Beiträge zur Kenntniss der Actinomycose des Menschen. Berlin 1885.

in letzter Zeit im Rigaschen Stadtkrankenhause zur Beobachtung gekommen sind, hier mitzutheilen. Sind es auch nur wenige Fälle, so beweisen sie doch, da sie in einem verhältnissmässig kurzen Zeitraum gesammelt worden sind, dass die Krankheit auch bei uns zu Lande nicht allzu selten vorkommt, und dass die bisher mangelnden Beobachtungen darauf beruhen, dass sie bei uns, wie bis vor Kurzem allgemein, sich noch unter anderen Diagnosen verbirgt.

Im Anfang des vorigen Jahres wurde in die chirurgische Abtheilung des Stadtkrankenhauses ein Fall von Erkrankung der Bauchdecken aufgenommen, bei welchem es gelang, nachdem die Diagnose anfangs zwischen Actinomycose, Lues oder malignem Tumor geschwankt hatte, durch die mikroskopische Untersuchung die Anwesenheit von Actinomycespilzen im Secret zu constatiren. Nachdem in der Folge derartigen Erkrankungen eine besondere Aufmerksamkeit zugewandt worden war, und in verdächtigen Fällen eine genaue bakterioskopische Untersuchung des Eiters vorgenommen wurde, gelang es im Laufe der letzten $1^1/_2$ Jahre noch eine Reihe von Erkrankungen an Actinomycose zu beobachten; und zwar 2 Fälle von Hals- und Gesichts- und 4 Fälle von Abdominalactinomycose.

Um Wiederholungen zu vermeiden, will ich zunächst das Krankheitsbild in allgemein pathologischer Hinsicht, wie es in unseren Fällen in ziemlich übereinstimmender Weise sich präsentirte, skizziren.

Bei der Untersuchung fanden sich derbe, die Haut meist vorwölbende Schwellungen, die zum Theil den Eindruck von Tumoren machten, jedoch meist ohne scharfe Grenze in die gesunde Umgebung übergingen.

Die Haut über denselben war meist geröthet, theilweise livid verfärbt, letzteres namentlich bei den länger bestehenden Processen; meist liess sie sich wenig, stellenweise gar nicht über dem Tumor verschieben, und fühlte sich gewöhnlich teigig infiltrirt an.

Die Geschwulstmassen selbst waren meist druckempfindlich, fühlten sich zum Theil fast knochenhart an, an anderen Stellen war die Consistenz eine etwas weichere und bot die Schwellung Fluctuationsgefühl dar. Wo sie in der Nähe des Knochens sassen, waren die Massen fest mit demselben verbacken, so dass sie von demselben nicht abgegrenzt werden konnten. Doch zeigte der Knochen selbst weder Auftreibung noch Druckempfindlichkeit.

In den Fällen, in welchen Fisteln bestanden, producirten diese ein dünnflüssiges eitriges Secret, in welchem Gewebsbröckel und gelbliche Körnchen enthalten waren. Lymphdrüsenschwellungen auch in der Nähe des Krankheitsheerdes wurden nicht beobachtet, was auch von verschiedenen Seiten[4]) als für Actinomycose, die sich nicht auf dem Wege der Lymphbahn weiter verbreiten soll, als charakteristisch angegeben wird.

Bei der Incision der Geschwulstbildungen, bei der eine auffällig starke parenchymatöse Blutung eintrat, zeigte sich ein charakteristisches Bild: Es präsentirten sich straffe, bindegewebige Schwarten von grau-weisslicher Farbe, welche wie Nester grössere und kleinere Hohlräume und Gänge in sich schlossen, die mit einem zum Theil verfetteten und zerfallenen Granulationsgewebe, welches in einigen Fällen ein hirnmarkähnliches Aussehen hatte, gefüllt waren. Dieses Gewebe lieferte ein spärliches dünnflüssiges Secret, in dem man stellenweise verschieden, meist sandkorngrosse Krümel und Körnchen von gelblicher Farbe antraf; die letzteren fanden sich auch zwischen die Granulationsmassen eingesprengt.

Namentlich das Granulationsgewebe zeigte eine auffällige Neigung zu Blutungen; die dasselbe umgebenden weisslichen Schwarten waren von verschiedener Dicke, an einzelnen Stellen waren sie so mächtig, dass sie den Eindruck von harten Tumoren machten. Sie verloren sich in der Umgebung des Krankheitsherdes diffus in das gesunde Gewebe.

Die beschriebenen Massen durchsetzten diffus die in das Bereich des Krankheitsherdes fallenden Organtheile, wie Muskeln, Fascien, Sehnen u. s. w., so dass es den Eindruck machte, dass sie bei ihrer Wanderung im Gegensatz zu sonstigen infectiösen Processen, sich nicht in erster Linie an Gewebsinterstitien hielten, sondern direct auf die benachbarten Gewebe übergriffen. Ein Uebergreifen auf den Knochen, wie es sonst wohl beschrieben worden, konnte in unseren Fällen nicht beobachtet werden, wiewohl die Wucherung in einigen Fällen sich bis auf das Periost verfolgen liess.

Einige Male zeigte der Tumor deutliche Fluctuation, hier fand sich bei der Incision dann meist eine grössere Höhle, die Eiter enthielt, wiewohl wir es auch in einem Falle beobachten konnten, dass die erweichten Granulationsmassen das Fluctuationsgefühl vortäuschten. Wo wirklicher Eiter sich fand und gegenüber dem erwähnten dünnflüssigen Secret, welches die Körner enthält, in den Vordergrund trat, muss wohl eine Mischinfection mit Eitererregern angenommen werden, da der Actinomyces an sich, wie neuere Beobachtungen[5]) ergeben haben, nicht Eiter producirt. Dass es allerdings in vielen, vielleicht den meisten Fällen von Actinomycose zu solchen Mischinfectionen kommt, wird durch die Eingangspforte, die wohl meist der Verdauungstractus bildet, ausreichend erklärt. In der Mehrzahl unserer Fälle beobachteten wir denn auch ein mehr oder weniger eitriges Secret, welches mehrmals so bei Bauchactinomycose wo der Process sich in der Umgebung des Darmes abspielte, übelriechend war.

Bei der mikroskopischen Untersuchung der excidirten Schwarten fand man zum grössten Theil straffes Bindegewebe, in welches grössere und kleinere Haufen von lymphoiden Zellen eingelagert waren, zum Theil grössere Lager von Granulationsgewebe, welches auch die Höhlen und Gänge umgab und in degenerirtem und zerfallenem Zustande die letzteren mehr oder weniger ausfüllte. Actinomycesdrusen im Gewebe wurden nicht beobachtet, dagegen wurden im Secret und innerhalb der zerfallenen Massen in allen Fällen die charakteristischen Pilzrasen nachgewiesen, welche den Hauptbestandtheil der gelblichen Körner bilden, und in einem Fall konnten auch die keulenförmigen Gebilde, die sich um die Pilzgeflechte in den ausgebildeten Drusen finden, beobachtet werden.

Wie schon erwähnt, hatten wir es in Betreff der Localisation des Processes mit 2 Formen der Erkrankung zu thun, mit der Kiefer- und der Abdominalactinomycose. Die beiden Fälle von Kieferactinomycose stellten 2 verschieden weit vorgeschrittene Stadien der Erkrankung dar.

Im ersten Fall war der Process bloss auf die Submaxillar- und Retromaxillargegend beschränkt, im 2. war die Erkrankung bereits an dem aufsteigenden Unterkieferast in die Höhe gewandert, hatte die Temporalgegend ergriffen, wo man eine knochenharte Geschwulst fühlte und verbreitete sich unter dem Jochbogen hindurch bis in die linke Orbita. In beiden Fällen bestand ein gewisser Grad von Kieferklemme, ein Symptom, welches auf Ergriffensein der Kaumusculatur zurückzuführen ist.

Ueber den Ausgangspunkt der Erkrankung und die Art der Infection liess sich nichts genaues constatiren, namentlich im zweiten Fall, wo es sich um eine sehr lange bestehende Erkrankung handelte. Der erste Fall kam einen Monat nach der Erkrankung in's Krankenhaus; ein halbes Jahr vorher hatte eine complicirte Fractur des Unter-

[4]) cf. Partsch. Volkm. Vortr. 1888 № 306/7.

[5]) cf. Bollinger. Münch. med. Wochenschr. № 41. 1887.

kiefers stattgefunden, die mit Eiterung verlaufen und nach operativer Entfernung von Knochensplittern verheilt war. In der Narbe, die von der damals gemachten Incision herrührte, fand sich eine Fistel. Die Infection ist hier wohl von der Mundhöhle, etwa von einem cariösen Zahn, in welchem sich bekanntlich der Actinomyces gern ansiedelt, erfolgt.

Der Verlauf beider Fälle war ein günstiger. Nach Incision, Auskratzung der Granulationsmassen und theilweiser Excision der Schwarten heilten die erkrankten Partien aus, die anfangs zurückbleibenden Härten wurden weicher und schwanden. Im 2. Fall musste mehrfach eingegriffen werden, da sich Recidive einstellten. Auch konnte an eine radicale Entfernung, namentlich der Wucherungen in der Orbita nicht gegangen werden, da Patient auf die Enucleation des linken Auges, auf welchem das Sehvermögen so gut wie völlig verloren gegangen war, nicht eingehen wollte. Dennoch kam auch hier der Krankheitsprocess zum Stillstand, ja ging beträchtlich zurück, und der anfangs immer mehr vortretende Bulbus sank wieder ein, nachdem von der Seite her, soweit es möglich war, eine Entfernung der Granulationsmassen vorgenommen war. Das Sehvermögen stellte sich allerdings nicht wieder her.

Fall I.

P. P. 21 a. n. Seminarist, aus Riga, aufgenommen 12. Jan. 1893. Im August vorigen Jahres complicirte Fractur des Unterkiefers, nach einigen Wochen Schwellung, operative Eröffnung. Extraction mehrerer Knochenstücke. Bis zum December gesund. Seitdem Schwellung des Unterkiefers und Durchbruch einer Fistel, die Eiter entleert.

St. pr. Pat. kräftig gebaut, von gutem Ernährungszustand. Temperatur und Puls normal.

Die rechte Fossa retromaxillaris nach hinten bis zum vorderen Rand des Sternocleidomastoideus stark vorgewölbt, Haut geröthet, glänzend, nicht faltbar, nach unten reicht die Schwellung bis in die reg. submaxillaris. Entsprechend der Lage der Glandula submaxillaris findet sich eine dem Unterkieferrande parallele, etwas eingezogene, mit dem Knochen nicht verbackene Narbe, in deren Mitte eine dünnflüssiges Secret liefernde Fistel.

Die Schwellung derb, breit, nicht scharf abgrenzbar. Eine ca. 2 □ Ctm. grosse Stelle zeigt Fluctuation. Mässiger Grad von Kieferklemme. Keine Lymphdrüsenschwellung.

14. Januar. Incision, es entleert sich Eiter, die Wandung des Abscesses von dicken weisslichen Schwarten gebildet in welchen sich nesterförmig gelblich-weisse, bis stecknadelkopfgrosse aus krümeligen Massen bestehende Körner finden.

Auskratzung mit dem scharfen Löffel, Jodoformgazetamponade.

Im weiteren Verlauf geht die harte Schwellung zurück, die Wunde heilt per granulationem, fieberloser Verlauf.

10. Februar. Geheilt entlassen.

II. Fall.

J. A. 24 a. n. Bauer. Aufgenommen den 18. Januar 1893. Vor 6 Jahren an einer spontan aufgetretenen Schwellung am linken Unterkiefer erkrankt. Vor einem Jahr Incision, danach Besserung, doch bald Wiederauftreten der Schwellung und Kieferklemme.

St. pr. Kräftig gebaut, guter Ernährungszustand, derbe massige Schwellung der linken Gesichtshälfte mit Unterkiefergegend. Auftreibung des Knochens selbst nicht nachweisbar, dagegen die Weichtheile um den Knochen hart geschwellt. Parallel dem aufsteigenden Kieferast eine 5 Ctm. lange Narbe.

In der Fossa temporalis sitzt dem Knochen breitbasig, unverschieblich eine 6 Ctm. im Durchmesser haltende glatte, durchweg knochenharte Geschwulst auf. Die Haut über derselben ist wenig faltbar. Keine Lymphdrüsenschwellung. Auch die Umgebung des linken Auges, namentlich das obere Augenlid und die Umgebung des äusseren Orbitalrandes geschwollen, der Bulbus tritt etwas mehr hervor als rechts.

22. Januar. Operation: Schnitt über den Tumor in der Fossa temporalis, welcher aus schwieligem, derbem, weisslichem Gewebe besteht in welches kleine gelbliche mit krümeligen Massen gefüllte Nester eingebettet sind. Die Tumormassen werden so weit es möglich extirpirt. Am Unterkiefer finden sich ähnliche derbe Massen, doch zum Theil auch weiche Granulationsmassen, auch hier die gelblichen Körner. Die Knochen gesund. Auskratzung mit dem scharfen Löffel. Primäre Naht der Wunde. Jodoformgazedrainage. Incision über dem oberen Augenlide und am äusseren Orbitalrande, auch hier werden Granulationsmassen und Schwarten entfernt.

Die mikroskopische Untersuchung der Körner ergiebt Actinomycesfäden und Keulen. Im weiteren Verlauf verheilen die Wunden zum grössten Theil, die Umgebung wird weicher, dagegen schreitet der Process um das Auge herum fort. Der Bulbus tritt immer mehr hervor.

Die Prüfung des Sehvermögens ergiebt starke Herabsetzung, nur Lichtempfindung. Der Bulbus weicht etwas nach aussen ab doch sind Bewegungen desselben frei möglich.

Abends hin und wieder Temperatursteigerungen bis 38,0.

2. März. Der Supraorbitalbogen wird bis auf den Knochen umschnitten, der Schnitt über die Wange, wo ebenfalls in der letzten Zeit die Schwellung zugenommen hat nach unten geführt, der Bulbus lässt sich von der lateralen Wand abdrängen, wobei es sich zeigt dass aus der Fissura orbitalis auch actinomycotische Massen gewuchert sind, die nach Möglichkeit mit dem scharfen Löffel entfernt werden. Unter der Wange dicht unter dem Jochbogen findet sich in schwielige Massen eingebettet ein ca. haselnussgrosser actinomycotischer Herd, welcher excidirt wird. Freilegung der äusseren Seite des Bulbus, Entfernung von Granulationsmassen mit dem scharfen Löffel. Die Wunden zum Theil durch die Naht vereinigt, zum Theil mit Jodoformgaze tamponirt.

Im weitern Verlauf gehen die Schwellungen zurück, der Bulbus sinkt ein, doch sieht Pat. mit dem Auge nichts, hat nur geringe Lichtempfindung.

Anfang April haben sich die Wunden geschlossen, die Härten sind geschwunden, so dass Pat. am 7. April entlassen wird.

Die 4 von uns beobachteten Fälle von Bauchactinomycose boten in den Einzelheiten und namentlich in ihrer Ausbreitung wesentlich verschiedene Krankheitsbilder.

In allen 4 Fällen war, wie die Anamnese ergab, die Erkrankung wohl vom Darme ausgegangen. Es waren Obstipation, Durchfälle, Schmerzen der Ausbildung der Geschwülste vorausgegangen; und zwar war es in 3 Fällen offenbar das Coecum resp. der Proc. vermiformis wo der primäre Process sich abgespielt hatte und von wo dann, nach Verlöthung des Darmes mit dem Peritoneum parietale, die Erkrankung auf die Bauchdecken übergegriffen hatte und hier im Bereich der Bauchmusculatur zur Bildung der charakteristischen, von schwartigen Massen umgebenen Herde im Granulationsgewebe geführt hatte. In mehreren Fällen fanden sich grössere oder kleinere Eiterherde, der Process war mit Eiterung combinirt, und in einem Falle bestand eine directe Communication mit dem Darm, es waren Darmfisteln vorhanden.

Fall 3.

A. v. S. 16 a. n. Gymnasiast aus Libau, aufgenommen am 28. Januar 1893.

Im October 1891 hat Pat. eine heftige perityphlitische Attaque durchgemacht, Pat. war einen Monat bettlägerig darauf bis zum Sommer 1892 gesund. Darauf trat eine allmälich zunehmende Schwellung in der rechten Darmbeingrube ein (bei im allgemeinen normaler Darmthätigkeit) Die Geschwulst hatte erst in letzter Zeit zu schmerzen begonnen und es hatte sich Fieber eingestellt.

In der rechten Fossa iliaca fand sich eine Vortreibung des Leibes, über welcher die Haut stark geröthet, gespannt und glänzend war. Man fühlte eine derbe Schwellung von länglicher Gestalt, welche die Mittellinie nach links nicht überschritt, nach oben bis zur Nabelhöhe reichte und nach unten der Fossa iliaca anlag. Die Geschwulst war druckempfindlich, zeigte in der Mitte eine erweichte Stelle und Fluctuation. Per rectum fühlte man eine Vorwölbung der vorderen Rectumwand.

29. Januar. Operation. Bei der Incision entleeren sich flüssige eiterähnliche Massen aus der fluctuirenden Partie. Der Tumor besteht aus derben Schwarten, zwischen denen sich gelbliche hirnmarkähnliche Massen finden. Nach vorn in der Richtung zur Symphyse findet sich ein Gang, der gleichfalls mit hirnmarkähnlichen Granulationsmassen ausgefüllt ist. Der Schnitt führt bis auf das Peritoneum. Darm liegt nicht frei, ebensowenig lässt sich ein Zusammenhang mit dem Coecum oder Proc. vermiformis nachweisen. Der schwielige Tumor wird mit dem Messer im gesunden Gewebe extirpirt und die Wunde primär

vernäht, der Gang wird mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und mit Jodoformgaze tamponirt. Die mikroskopische Untersuchung der krümeligen Massen ergiebt reichlich Actinomycesfäden. Glatter fieberloser Verlauf, der Gang schliesst sich, die Infiltrationen schwinden.

Am 24. Februar geheilt entlassen.

Der 2. Fall von Bauchactinomycose bot ganz ähnliche Verhältnisse, nur spielte sich der Process auf der linken Seite ab.

Fall 4.

E. S. 23 a. n. aus Riga, aufgenommen den 5. Juli 1892.

Leidet seit längerer Zeit an Verstopfung und Hämorrhoiden. Vor 5 Wochen erkrankt mit diffusen Schmerzen im Leibe und Obstipation. Nach mehreren Tagen Besserung. Am 24. Juni bemerkte Patient eine kleine Geschwulst in der linken Bauchseite, welche Schmerzen verursachte, auch trat leichtes Fieber ein. Die Geschwulst vergrösserte sich seitdem stetig, Beschwerden bei der Urinentleerung traten ein, Stuhlgang erfolgte nur nach Abführung.

St. pr. Pat. etwas anämisch, leicht reducirter Ernährungszustand, Temperatur und Puls normal. 1/2 Fingerbreit unter dem linken Rippenbogen beginnt eine nicht sehr schmerzhafte Resistenz, welche sich bis 2 Fingerbreit unterhalb des Nabels erstreckt, nach rechts die Linea alba um einen Fingerbreit überschreitet, nach links eine Handbreit von der Mittellinie endigt. Die Resistenz nach beiden Seiten scharf wallartig abgegrenzt, nach oben und unten ohne scharfe Grenzen. Die Haut lässt sich wenig falten, etwas eczematös geröthet, zum Theil leicht schuppend. (Folge v. Salbenapplication).

Die Druckempfindlichkeit ist unten am intensivsten. Vorn an einer Stelle Fluctuationsgefühl. Keine Lymphdrüsenschwellung. Per rectum fühlt man einen ausgedehnten Tumor im kleinen Becken, von der Prostata, an diese sich direct anschliessend, aufwärts an der hinteren Peripherie dem Finger gerade noch erreichbar eine weitere Stelle wo der Finger tief einzusinken scheint (Fistel?) Der Tumor derb elastisch um die fragliche Fistelöffnung von weicherer Consistenz. Bei combinirter Untersuchung keine deutliche Fluctuation fühlbar.

Operation am 7. Juli.

Schnitt über dem Tumor in der Richtung des m. Rectus abdom.

Nach Durchtrennung des Rectus, gelangt man in eine derbe schwartige auf dem Durchschnitt weisslich aussehende Geschwulstmasse. Das umgebende Gewebe blutet stark. Im unteren Theil findet sich ein geräumiger mit zum Theil käsigen grauweissen Granulationsmassen und Flüssigkeit, die gelblich-weisse Krümel enthält, angefüllter Gang. Der Tumor sitzt den Bauchdecken breit auf, diffus sich in das umliegende Gewebe verbreitend, mit dem Peritoneum verbacken. Ausser dem erwähnten Gang finden sich noch grössere und kleinere mit ähnlichen Massen angefüllte Gänge innerhalb der schwartigen Massen.

Auskratzung, theilweise Excision der schwartigen Massen, Jodoformgazetamponade.

Eine genaue bakteriologische Untersuchung unterblieb leider in diesem Fall, doch ergab die histologische Untersuchung einen den übrigen Fällen genau entsprechenden Befund.

Der Verlauf war ein guter, fieberloser. Stuhlgang und Urinentleerung wurden normal. Pat. verliess vor der vollständigen Genesung das Krankenhaus, da alle Beschwerden geschwunden waren; per rectum war allerdings noch keine wesentliche Abnahme der Schwellung zu constatiren.

Die beiden übrigen Fälle zeigten schon bedeutend weitergehende Veränderungen. Beide betrafen weibliche Individuen, welche längere Zeit, die eine fast ein Jahr, in Behandlung verblieben.

Fall 5.

Frau B. H. 56 a. n. Wittwe, aufgenommen d. 17. Febr. 1892.

Vor 4 Monaten erkrankte Patientin mit Schmerzen in der rechten Ileocoecalgegend. Es bildete sich an der Stelle eine kleine Geschwulst, die seitdem stetig gewachsen ist, namentlich in der letzten Zeit. Ausserdem stellten sich häufige Durchfälle ein und häufiger Urindrang, wobei wenig entleert wurde. Das Allgemeinbefinden verschlechterte sich immer mehr, es trat Abmagerung ein. Vor 3 Jahren Diphtherie durchgemacht, sonst gesund gewesen.

St. pr. Gracil gebaute, etwas anämische Frau, reducirter Ernährungszustand, Temperatur normal, Puls normal.

Bauchdecken schlaff, in der rechten Fossa iliaca oberhalb des Poupartschen Bandes findet sich ein nahezu 2 faustgrosser Tumor, welcher bis dicht an den vorderen Theil der Crista ossis ilei reicht, mit welcher er fest verbacken ist. Nach oben reicht der Tumor etwa bis zur Nabelhöhe, nach unten bis zum Ligamentum Pouparti, nach links fast bis zur Mittellinie. Die Haut über demselben ist im unteren und seitlichen Theil etwas geröthet, lässt sich hier nicht über dem Tumor verschieben, während sie sonst normal erscheint. Im Bereich der gerötheten Partie stellenweise Fluctuation fühlbar. Im Uebrigen fühlt sich der Tumor hart an, ist wenig druckempfindlich, der Knochen nicht empfindlich, nicht verdickt. Keine Lymphdrüsenschwellung. Probepunction an der fluctuirenden Stelle ergiebt die Anwesenheit von eitrigem Secret.

Der Verlauf dieses Falles war ein sehr langwieriger, fortwährende Recidive zwangen zu wiederholten Eingriffen und man konnte hier ein allmähliches Hinüberwandern des Processes von der rechten bis in die linke Fossa iliaca beobachten, wo der Process endlich zum Stillstand kam, so dass Patientin geheilt entlassen werden konnte.

Es handelt sich hier um den ersten im Krankenhause beobachteten Fall von Actinomycose, bei dem die Diagnose erst im weiteren Verlauf gestellt werden konnte.

Auf den Untersuchungsbefund hin wurde hier ein nach aussen durchbrechender perityphlitischer Abscess angenommen.

Bei der am 18. Februar vorgenommenen Operation entleerte sich bei der Incision Eiter mit gelblichen krümeligen Massen gemischt. Man gelangte in eine Höhle von der aus ein Fistelgang, welcher mit zerfallenen weisslichen Granulationen gefüllt war und keinen Eiter enthielt, in die Tiefe schräg nach unten zog um blind zu endigen. Die Eiterhöhle und der Fistelgang waren von derben schwartigen weisslich aussehenden Massen umgeben in denen kleinere mit Granulationen gefüllte Gänge sich fanden. Die Schwarten und Fistelgänge setzten sich dann diffus in die angrenzenden Muskeln fort. So weit es möglich war, wurden die Schwarten excidirt. Auskratzung, Jodoformgazetamponade, theilweise Naht der grossen Incisionswunde.

Dieses Bild, das sich bei der Operation bot, bewies, dass es sich nicht um einen einfachen Abscess handelte, die Art des Secretes und die Schwartenbildung legten den Verdacht auf Actinomycose nahe; die mikroskopische Untersuchung des Secretes und der Schwarten bestätigte diese Diagnose anfangs nicht, und es wurde, da auch ein tuberculöser Process durch die histologische Untersuchung ausgeschlossen worden, als das wahrscheinlichste eine gummöse Erkrankung in den Bauchmuskeln angenommen und Patientin mit Jodkali behandelt.

Im weiteren Verlauf verheilte die genähte Wunde per primam, die tamponirten Höhlen schlossen sich bis auf eine Fistel, welche spärliches Secret absonderte; die Har-

ten an der rechten äusseren Seite, namentlich auch die sich dicht an den Knochen anschliessenden Schwellungen schwanden. Dagegen persistirte die derbe Infiltration am linken, inneren Wundrand und nahm allmählich an Mächtigkeit zu, es traten Schmerzen auf, so dass eine 2. Incision mit Auskratzung und Exstirpation der Schwarten nothwendig wurde. Dieser Vorgang wiederholte sich noch mehrmals, so dass Pat. im Laufe von 6 Monaten 5 Mal operirt werden musste.

Die Jodkalibehandlung welche eine Zeit lang mit localer Application von grauem Pflaster combinirt worden war, wurde, da sie nicht den geringsten Erfolg zeigte und von der Patientin nicht gut vertragen wurde, schon vor dem 2. Eingriff aufgegeben. Ausserdem wurden beim 3. Eingriff sehr charakteristische gelbliche Körnchen im Secret und den Granulationsmassen zu Tage gefördert, in denen die bakteriologische Untersuchung reichliche Mengen Actinomyces nachwies und dadurch die wiederaufgenommene Diagnose Actinomycose bestätigte.

Als der Process bis in die linke Darmbeingrube hinübergewandert, und auch hier operativ behandelt worden war, trat endlich Stillstand ein. Die Fisteln schlossen sich allmählich, die Härten schwanden. Dennoch dauerte es noch mehrere Monate bis die sehr von Kräften gekommene Patientin das Krankenhaus verlassen konnte. Nicht unerwähnt will ich es lassen, dass die Patientin ca. $1^1/_2$ Monate nach dem letzten Eingriff, als die Fisteln sich noch nicht ganz geschlossen hatten, die Härten auch noch nicht geschwunden waren, ein Erysipel durchmachte und dass während des Zurückgehens des letzteren sich auch eine schnellere Abnahme der Infiltrationen bemerkbar machte. Pat. befindet sich seit 8 Monaten ausser Behandlung, ist bisher ohne Recidiv geblieben, nur haben sich in den Narben 2 kleine Fisteln wieder geöffnet, welche sehr geringes Secret liefern.

Der 4. Fall von Abdominalactinomycose zeichnete sich dadurch aus, dass Pat. mit mehreren offenen Darmfisteln einkam.

Fall 6.

A. S. 14 a n. Bauermädchen aus Kurland, aufgenommen den 26. August 1892.

Vor 7 Monaten erkrankt mit Schmerzen im Leibe bei im Allgemeinen normalem Stuhlgang. Im März bemerkte Pat. eine Geschwulst im Leibe. Seit dem Mai bestehen 2 Fisteln am Nabel, seit 4 Wochen haben sich die übrigen gebildet, zugleich ist seitdem der Leib aufgeschwollen. Aus den Fisteln entleeren sich dazwischen Gase und Flüssigkeit.

St. pr. Patientin kommt in höchst desolatem Zustande ins Krankenhaus. Hochgradige Anämie, beträchtliche Abmagerung, Albuminurie, subnormale Temperatur. Puls weich, beschleunigt. Abdomen trommelartig aufgetrieben. In der ganzen Regio hypogastrica eine derbe Resistenz fühlbar, deren obere Grenze links 2 Fingerbreit über der Spina oss. ilei beginnend über den Nabel zum rechten Hüftbeinkamm zieht. Von der rechten Spina ist die Schwellung nicht deutlich abgrenzbar. Nach unten geht die Schwellung nicht über das Lig. Poupartii hinaus. Percussionsschall im Bereiche der Resistenz gedämpft, sonst tympanitisch.

In der Regio iliaca und inguinalis rechts 6 Fisteln, aus lenen sich bei Druck auf die resistente Partie Eiter entleert, welcher bei den unteren Fisteln leichte Kothbeimengung zeigt. Eine 7. Fistel findet sich am Nabel.

Per rectum fühlt man einen Tumor, welcher die vorlere Mastdarmwand vorwölbt.

28. August Operation. Eröffnung der Fisteln, die mit inander in Zusammenhang stehen und von dem charakeristischen schwartigen Gewebe umgeben sind, welches ranulationsnester enthält. Ein grösserer Fistelgang führt die Tiefe auf das Peritoneum, aus demselben enteichen fäculent riechende Gasblasen. Auskratzung, Jodoformgazetamponade. Von einer Entfernung der Schwarten konnte bei der diffusen Ausbreitung des Processes keine Rede sein.

Der Verlauf war ein sehr langwieriger. Nach mehrfachen Incisionen und Auskratzungen, und mehrfacher anfangs erfolglos ausgeführter Darmplastik, konnte Pat. jedoch, nach 7-monatlicher Behandlung, geheilt entlassen werden; wenn auch eine sehr bedeutende Fixation des Darmes an die von Narben durchzogenen Bauchdecken zurückbleiben musste. Patientin befindet sich seit 5 Monaten zu Hause nach vor Kurzem eingetroffenen Nachrichten vollkommen wohl, ohne Recidiv.

Ueberblickt man das hier skizzirte Krankheitsbild so wird man die Ueberzeugung gewinnen, dass schon die klinischen Symptome, in vielen Fällen wenigstens, schon ohne den bakterioskopischen Nachweis der Pilze, eine Diagnose ermöglichen.

Der Ausgangspunkt der Erkrankung, die Art der Ausbreitung und des Verlaufes, die derbe Beschaffenheit der ohne scharfe Grenze in die Umgebung übergehenden Schwellung, das Fehlen der Lymphdrüsenschwellung, sind Momente, welche dabei in Betracht zu ziehen sind. Namentlich aber der Befund, der sich bei der Incision darbietet: — die weisslichen, derben Schwarten, welche die mit Granulationsmassen und Secret gefüllten Höhlen und Gänge in sich schliessen und die charakteristischen weisslichen bis gelben Körner enthalten — ist es, welcher in ausgeprägten Fällen kaum einen Zweifel an der Diagnose aufkommen lässt.

Den Beweis liefert allerdings erst die mikroskopische Untersuchung der Körner, in denen man, am besten bei Behandlung der Präparate nach der Gram'schen Methode, die charakteristischen Pilzrasen leicht nachweisen kann.

Die in den ausgebildeten Drusen diese Pilzrasen umgebenden keulenförmigen Gebilde nachzuweisen, gelingt allerdings nicht immer. Uns ist es nur in einem Fall gelungen. Ihr Nachweis ist jedoch für die Diagnose durchaus nicht erforderlich, die Bedeutung derselben ist noch nicht völlig klar gestellt, nach Boströms Ansicht stellen sie Degenerationszustände der Pilzfäden vor. Nach neueren Beobachtungen fehlen sie meist, oder sind jedenfalls nur sehr spärlich vorhanden, in allen Fällen wo Eiterung besteht; hier bestehen die Körnchen meist nur aus den Pilzrasen, die so charakteristisch sind, dass ihr Nachweis die Diagnose sicherstellt.

Zum Schluss gestatten Sie mir noch einige Worte über die bei uns im Krankenhause angewandte Therapie: Sie bestand in einer rein chirurgischen Behandlung der Krankheitsheerde. Es wurde breit incidirt, die Schwarten wurden so weit es anging excidirt und die Höhlen und Gänge mit dem scharfen Löffel ausgekratzt. Wo Eiterung vorhanden war, mit Eiter gefüllte Hohlräume gefunden wurden, wurde, so lange die Secretion anhielt, mit Jodoformgaze tamponirt. Im Uebrigen wurden die Schnitte auch wo die schwartigen Massen nicht völlig entfernt waren, primär vernäht. Die vernähten Schnitte heilten fast sämmtlich per primam.

Eine medicamentöse Behandlung, wie sie von einigen Seiten, namentlich mit Jodkali in Vorschlag gebracht worden ist, wurde bei uns nicht angewandt. In dem einen Fall, dem ersten von uns behandelten, in welchem Anfangs der Verdacht vorlag, dass es sich um eine luetische Erkrankung handeln könnte, wurde Jodkali gegeben, es konnte indessen keine Beeinflussung des Krankheitsprocesses constatirt werden. Auch die noch neuerdings von Illich empfohlenen Sublimatinjectionen wurden von uns nicht angewandt, da die Resultate, welche wir bei der rein chirurgischen Behandlung mit Messer und scharfem Löffel erzielten, bisher durchaus befriedigende waren.

Referate.

P. Silex. Zur Temperatur-Topographie des Auges und über warme und kalte Umschläge. Archiv für Augenheilkunde Band 26, pag. 141. (Referat der Deutschen Milit.-Zeitschrift 1893, Heft 7).

Verfasser experimentirte mit Thermoelementen, die gestatteten eine Temperaturdifferenz von $^1/_{40}$° zu erkennen. Die Resultate anderer Autoren wurden im Allgemeinen bestätigt: Die Hornhaut ist ca. 10° kühler, die Iris nur 0,36° kühler als das Rectum, bei Iritis die Temperatur der Iris um 1,65° höher als die des Rectum. — Versuche bei Menschen ergaben, dass bei Eiscompressen, die auf das geschlossene Auge gelegt werden, die Temp. im Bindehautsack um 1—2° erhöbt wurde, während bei heissen Compressen (40—50°), dieselbe um ebensoviel niedriger wurde. Die Erklärung liegt darin, dass die Conjunctiva blutreicher bei Verengerung der Blutgefässe der Haut durch Kälte, blutärmer bei Erweiterung der Letzteren durch Wärme ist und dass je enger die Hautblutgefässe, desto weniger Wärme die Conjunctiva abgiebt. Versuche bei Thieren bestätigten das gewonnene Resultat: bei einem Kaninchen, dem eine Eisblase auf das Abdomen gelegt wurde, sank wohl die Gesammttemperatur, doch im Abdomen stieg die Temp. um 0,63° im Vergleich zur Temperatur im Rectum. Eine Eisblase einem Hunde auf den Schädel gelegt: Grosshirntemperatur nach 5 Minuten um 0,23°, nach 20 Minuten um 1,38° erhöht, während die Rectumtemperatur nur um 0,7° gestiegen war.

Man kann mithin bei Apoplexieen etc. eine Eisblase auf den Kopf — nach Verf. nicht in der Absicht legen, um Entzündungen vorzubeugen oder fernere Blutungen zu verhüten, sondern nur um einen Hautreiz zu schaffen, der belebend und erfrischend wirkt und angenehm empfunden wird.

Grimm.

A. Wiltschur (St. Petersburg): Zur Pathogenese der progressiven perniciösen Anämie. (Deutsche medicin. Wochenschr. Nr. 30 u. 31. 1893.)

Wenn auch nach den Beobachtungen verschiedener Autoren es unzweifelhaft geworden ist, dass ein ursächliches Verhältniss zwischen dem Vorhandensein eines Bandwurms im Darme des Menschen und einigen Formen der progressiven perniciösen Biermer'schen Anämie besteht, bleibt die Frage doch immer noch offen, auf welche Weise der Bandwurm eine Zerstörung des Blutes bewirken kann. — Nach Botkin spielen hier Veränderungen im supponirten Blutbildungscentrum des verlängerten Markes, hervorgerufen durch Irritation der Darmschleimhaut, eine Rolle, nach Reyher ist die Entziehung von Nahrungssäften, die von den Bandwürmern aufgesaugt werden, zu beschuldigen, und Schapiro meint, dass die Parasiten ein Gift erzeugen, welches dem Wirthe äusserst schädlich ist. — Jedenfalls sind diese Erklärungen nur für diejenigen Fälle von perniciöser Anämie anwendbar, bei welchen Bandwürmer im Darmcanal gefunden werden. — In dem von Wiltschur beschriebenen Fall jedoch, wie überhaupt in der Mehrzahl der bekannten Fälle wurde weder zu Lebzeiten der Patienten, noch bei der Section Botriocephalus aufgedeckt, und bleibt die Aetiologie dieser Fälle noch ein offenes Räthsel. Lichtheim gelangt zum Schlussergebniss, dass die perniciöse Anämie nicht von einer, sondern von mehreren Ursachen abhängig sei, dem sich Litten gleichfalls anschliesst. Jürgensen fand in den Ausleerungen statt Parasiten, eine solche Menge von Bacterium termo und in so prächtigen Exemplaren, wie sie nur selten gefunden werden. — Auf Grund der pathologischen Anatomie der Erkrankung, wie sie in den verschiedenen Arbeiten geschildert wird, kommt W. zum Schluss, dass bei der perniciösen Anämie nicht die blutbildenden Organe als Ursache anzusehen sind, sondern dass dieselben gesund sind und nur im verstärkten Grade rothe Blutkörperchen produciren. Wenn nun diese letzteren doch im Blute spärlich anzutreffen sind, so ist das nur darauf zurückzuführen, dass sie massenhaft im Blute zugrunde gehen. Wir finden eine vollständige Uebereinstimmung der Symptome, wie sie bei Thieren nach Injection von blutzerstörenden Substanzen beobachtet werden, auch bei der perniciösen Anämie des Menschen. Folglich muss auch der Aetiologie der progressiven Anämie eine Vergiftung zu Grunde liegen.

Vegetiren nun schon unter normalen Verhältnissen im Darmcanal des Menschen niedere Organismen, deren Producte schon in ganz kleinen Dosen bei Thieren den Tod hervorrufen, deren Giftaufsaugung aber die gesunde Darmschleimhaut widersteht, hält man andererseits im Auge, dass bei der perniciösen Anämie fast immer eine Läsion des Magendarmtractus vorhanden ist, so stellt sich die Genese der Krankheit folgendermassen dar: Unter dem Einfluss irgend einer Bedingung (am häufigsten in Folge schlechter Nahrung) entwickelt sich eine Erkrankung des Magendarmcanals, wodurch die Möglichkeit der Resorption von Ptomainen gegeben wird. Diese haben die specifische Eigenschaft, das Blut zu zerstören. Die Bedingungen, unter welchen die blutzerstörenden Ptomaine sich im Darmkanale entwickeln, sind unbekannt, doch muss man annehmen, dass sie sich entweder unter dem Einflusse der infolge der Erkrankung des Magendarmkanals veränderten Verdauung und Resorption entwickeln, oder infolge schlechter Nahrung, oder aber endlich unter dem Einfluss beider Factoren. Die Production von blutzerstörenden Ptomainen hält während der ganzen Krankheit an, dabei werden sie nur in kleinen Mengen ins Blut resorbirt, so dass die Symptome der perniciösen Anämie ähnlich sind denjenigen, welche bei chronischer Intoxication mit kleinen Dosen der oben erwähnten Gifte bei Thieren beobachtet werden. Da nun die perniciöse Anämie offenbar auf chronischer Autoinfection vom Darmcanal aus beruht, müssen therapeutisch in erster Linie die Spülungen des Magens und Darmes stehen, deren Desinfection und Behandlung, während Eisen und Arsenik nur symptomatische Mittel bleiben.

Schliesslich hat W. in den Fällen von perniciöser Anämie, in welchen ein Bandwurm zu finden war, denselben untersucht und ist zum Schluss gelangt, dass nur in der Erkrankung des Bandwurms die Ursache der sich entwickelnden Anämie liegen muss. In allen Fällen waren die Bandwürmer entweder todt, zerfallen oder aber krank. Von dem Grade der Zersetzung, von der Menge der resorbirten Verwesungsproducte hängt offenbar die Schwere der Erkrankung ab. C. Tomberg.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

A. Czempin: Zur Behandlung des Abortus. Für den praktischen Arzt. Berlin 1894. Verlag von Boas und Hesse.

Bei Besprechung der ätiologischen Momente lenkt Verf. die Aufmerksamkeit auf den Zusammenhang einer allgemeinen Entwickelungsstörung und das Fortbestehen einer eingetretenen Schwangerschaft. Unter dem Einfluss ungenügender Allgemeinentwickelung des Körpers zur Zeit der Pubertät, besonders bei chlorotischen Zuständen, nimmt auch der Uterus an der allgemeinen Ernährungsstörung Theil, derselbe bleibt klein von zarter Musculatur, giebt nur schwer dem wachsenden Inhalt nach und sucht den fremden Inhalt auszustossen. Eine andere nicht genügend beachtete Ursache ist die als Folge von Zerreissungen bei früheren Geburten entstandene bindegewebige Fixation des Uterus, die wenn nicht genügend aufgelockert, den Uterus am Emporsteigen verhindern kann. Im therapeutischen Theil geht Verf. recht eingehend auf die verschiedenen Eventualitäten im Verlauf des Abortus ein und bespricht die therapeutischen Maassnahmen.

Das Büchlein ist für den praktischen Arzt ein brauchbarer Wegweiser; der Hauptnachdruck ist auf den therapeutischen Theil gelegt, wobei die verschiedenen kleinen Operationen, wie Dilatation des Cervix, Tamponade, Ausräumung etc. näher besprochen werden. Lingen.

R. Klien: Ueber mehreiige Graaf'sche Follikel beim Menschen. München 1893. Verlag von J. F. Lehmann.

Verfasser publicirt einen beim Mikroskopiren von Serienschnitten eines Ovariums beiläufig gemachten Befund der doch wohl laut Angabe der Autoren zu den seltenen gehört. Das Praeparat entstammte dem Ovarium eines zweijährigen Mädchens. In einer Reihe von Serienschnitten fanden sich Graafsche Follikel, welche zwei, in einem Fall drei Eier enthielten. Die Eier liegen von einander durch eine Schicht Granulosazellen getrennt, in einem verdickten Epithelsaum des Follikels, jedes Ei besitzt seinen Kern und Kernkörperchen, bald fehlt die Zona pellucida, bald ist sie vorhanden. Das mikroskopische Bild einiger Serienschnitte ist in 5 Abbildungen wiedergegeben. Lingen.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 25. October 1893.

1. Dr. Bidder theilt einen Fall von Symphyseotomie bei einer 25jährigen Gravida mit, deren beide ersten Schwangerschaften mit Frühgeburten endeten und welche mit allgemein verengtem, etwas plattem Becken und erhöhter Körpertemperatur (38,2° C.) in die Gebäranstalt eintrat. Da bei sehr kräftigen Wehen sich in der Höhe des Nabels ein Bandl'scher Contractionsring gebildet hatte, welcher immer höher stieg, wobei die Herztöne des Kindes sich verlangsamten, so musste Hilfe gebracht werden. Zum Kaiserschnitt war es zu spät, weil die Temperatur bereits erhöht war. Es blieb also die Wahl zwischen Perforation eines lebenden Kindes und Symphyseotomie. B. entschied sich für die letztere Operation. Es wurde die Zange angelegt, welche nach ein paar kräftigen Tractionen liegen blieb. Es erfolgte darauf Desinfection der Geburtswege, worauf das Fettpolster durchschnitten und die Symphyse, desgleichen auch das lig. arcuatum getrennt wurden. Erstere wich sofort auf 2 Cm. auseinander. Die Blutung wurde durch Tamponiren der Wunde mit Jodoformmarly

gestillt und das Kind mit der Zange extrahirt. was ohne jedes Krachen vor sich ging. Es hatte sich bloss an der vorderen Wand der Vagina ein Querriss der kleinen Labien 2 Cm. in die Vagina hinein eingestellt. Nach Entfernung der Nachgeburt wurde die Wunde geschlossen, wobei 4 Nähte bis aufs Periost angelegt wurden. und in den unteren Winkel ein Drainrohr eingeführt. Das Kind bekam zwar eine gute rosa Hautfarbe, ging jedoch kurze Zeit nach der Geburt unter tetanischen Krämpfen der unteren Extremitäten, wie die Section erwies, infolge von Blutungen unter die Dura zu Grunde.

Die Pflege der Pat., welche 11 Tage fieberte, war sehr schwer. da sich Eiterung im Zellgewebe einstellte, welche sich in die grossen Labien hinein erstreckte. Ferner trat Schmerz im rechten Ileosacralgelenk auf, welcher durch Druck nicht gesteigert wurde. sondern mehr an Ischias erinnerte. Das Klaffen der Symphysenenden konnte nicht beseitigt werden, doch hat sich der Raum zwischen denselben ziemlich gut mit fibrösem Gewebe ausgefüllt, so dass Pat., welche dem Vereine vorgestellt wird, sowohl zu stehen als zu gehen im Stande ist.

Dr. Bidder warnt trotz des günstigen Ausganges davor, die Operationsmethode zu günstig zu beurtheilen. Ein lebendes Kind sei in diesem Falle doch nicht erzielt worden. Dasselbe hätte durch Perforation des lebenden Kindes erreicht werden können, wo Pat. dann nach normalem Wochenbette hätte entlassen werden können, während sie diesmal 6 Wochen hat im Hospital zubringen müssen. In diesem sowie in dem ersten [1]) von Bidder operirten Falle sei es freilich zu keinen weiteren unliebsamen Zwischenfällen gekommen, in der Literatur seien jedoch Fälle von Zerreissungen der Vagina, der Labien etc. beschrieben worden. Durch eine andere Nachbehandlung liesse sich übrigens der Hospitalsaufenthalt vielleicht abkürzen, wie von Zweiffel Fälle mit kürzerer Nachbehandlung veröffentlicht worden. Jedenfalls ist die Symphyseotomie ungefährlicher als der Kaiserschnitt und bietet das Nachbleiben der kleinen Spalte zwischen den Symphysenenden eine günstigere Chance für eine eventuelle nächste Geburt, indem das Becken durch dieselbe jedenfalls erweitert wird.

2. Dr. Magawly stellt einen Patienten mit Ausfall der beiden linken Gesichtsfeldhälften vor. Derselbe war am 26. April d. J. auf dem Lande auf der Fahrt von Narwa nach Hause überfallen worden, hatte von hinten einen Schlag mit einem stumpfen Gegenstande auf das rechte Hinterhaupt erhalten, darauf das Bewusstsein verloren und war zwei Tage später im Walde mit gebrochenem Arme und einem tiefen Schädeleindrucke von 8 Cm. Länge. 6 Cm. Breite und 1 Cm. Tiefe gefunden worden. Der Schädeleindruck, in welchen gerade das stumpfe Ende eines Beiles hineinpasst, besteht in derselben Ausdehnung bis jetzt; eine Wunde der Kopfdecken hatte nicht bestanden. Pat. hatte darauf 6 Wochen im Hospitale zugebracht, sah alles trübe; die Sprache und das Gedächtniss waren geschwächt. Dr. M. sah den Pat. zuerst Anfang August und nahm ihn in das Augenhospital auf. Das Sehvermögen war ziemlich gut $^{7}/_{10}$ und $^{8}/_{10}$ und hat jetzt auf $^{9}/_{10}$ zugenommen. Der Augenspiegelbefund vollkommen normal. Es besteht bloss ein Ausfall der beiden linken Gesichtsfeldhälften, was einer Läsion des rechten Sehcentrums entspricht, wo sich wahrscheinlich ein Bluterguss etablirt hat. Die Pupillarreaction auf beiden Augen normal. Die Extremitäten waren nicht gelähmt, doch hat Pat. selbst keine Erinnerung an den Unfall.

Dr. Schroeder ist der Ansicht, dass es nicht nothwendig sei, in diesem Falle an eine Verletzung des Sprachcentrums zu denken; da Pat. nach dem Unfalle stammelte, könnte auch bloss der nervus hypoglossus verletzt gewesen sein.

3 Dr. Kernig theilt folgenden aussergewöhnlichen Befund von massenhaften lufthaltigen dem Darme aufsitzenden Blasen mit. Es handelte sich um eine Patientin, welche wegen Erscheinungen von Darmstenose in der chirurgischen Abtheilung des weiblichen Obuchowhospitals zur Laparotomie bestimmt war. Dieselbe litt seit 3 Jahren an Aufgetriebensein des Unterleibes und war seit einem Monate im Hospitale in Beobachtung gewesen. Dr. Kernig hatte die Diagnose auf tuberculöse Peritonitis gestellt. Es liess sich ein mässiger flüssiger Erguss in der Bauchhöhle constatiren und konnten Stücke des Darmes durchpalpirt werden. Ausserdem bestand Schrumpfung der rechten Lunge. Pat. war vor wie nach der Operation fieberlos. Bei der Operation entleerte sich aus der Bauchhöhle ein ziemliches Quantum trüben hellgrauen Serums und zeigte sowohl das parietale als viscerale verdickte Peritoneum eine Menge kleiner Tuberkelknötchen; die Mesenterialdrüsen waren käsig degenerirt. Ausserdem wies jedoch das Peritoneum des Darmes massenhafte lufthaltige theils flach, theils gestielt am Darme aufsitzende Linsen- bis Haselnussgrosse Blasen auf, die, soweit bemerkt wurde, nicht verschieblich waren. Dieselben stellten keine Cysten, sondern Blasen dar, waren nicht mit Flüssigkeit, sondern mit Luft erfüllt. Eine eigentliche Stenose im strengeren Sinne liess sich bei der Operation nicht nachweisen, obgleich der ganze Darm abgesucht wurde.

Obgleich in den Lehrbüchern nichts über einen Befund von Luftblasen an der Darmserosa zu finden ist, so führt Dr. Kernig aus der Literatur einige einschlägige Fälle an. So hat Dr. Kuskow [2]) zwei proliferirende gashaltige Cysten im Unterleibe beschrieben, welche zwischen verbackenen Darmstücken lagen, mehrkammerig und mit Riesenepithelien ausgekleidet waren, und die er für angeboren hält. Einen ähnlichen Fall hat nach Kuskow Bang 1876 im Nordisk. medic. Archiv Band VII, № 13 mitgetheilt. Ferner hat, wie Kuskow weiter angiebt, Jules Cloquet (Bulletins de la Faculté de Médecine t. VII) am eben getödteten Schweine rundliche, durchsichtige, mit Luft gefüllte Blasen bis Kleinhaselnussgrösse beobachtet, welche dem Darme mit einem gefässhaltigen Stiele aufsassen

Die erwähnte Pat. bietet jetzt, 3 Wochen nach der Operation, keine Spur eines flüssigen Exsudates [3]) mehr dar, hat kein Fieber, nur der Stuhl lässt sich bloss nach Clysmen erzielen.

Dr. Westphalen und Moritz halten ein Zustandekommen der Luftblasen auf mechanischem Wege in diesem Falle nicht für ausgeschlossen.

4. Dr. Bidder: Fall von Uterusruptur bei einer Schwangeren. Am 2. October wurde in die Gebäranstalt eine Patientin mit langem Cervix und geringer Blutung aus dem Muttermunde aufgenommen. Der Leib war aufgetrieben und gespannt, so dass man gar nichts durchfühlen konnte. In die Uterushöhle kam man gleichfalls nicht hinein, nur im Gewölbe liess sich ein Kindstheil durchfühlen. Die Anamnese ergab, dass Pat., die sich am Ende der Schwangerschaft befand, am Tage vorher in die Kirche gegangen sei. Dort hätten sich heftige Schmerzen eingestellt, wesshalb Pat. in ein Gebärasyl eingetreten sei. Da die Schmerzen sich nicht besserten und die Geburt nicht fortschritt, war dieselbe am folgenden Tage aus dem Asyle entlassen worden und dann in die grosse städtische Gebäranstalt eingetreten. Da nach dem vorliegenden Befunde angenommen werden musste. dass sich die Frucht wahrscheinlich nicht im Uterus befinde, wurde eine extrauterine Schwangerschaft fraglich. Es galt nun zunächst den Meteorismus zu beseitigen und Stuhl zu erzielen, der aber nicht eintrat. Im Gegentheil stellten sich Temperaturerhöhung, Erbrechen und Abnahme der Kräfte ein, so dass zur Laparatomie geschritten werden musste. Der Leib war furchtbar aufgetrieben und stürzten beim Einschnitt reichliche Mengen einer blutigen und schaumigen Flüssigkeit hervor. Die Darmschlingen erwiesen sich schwartig verklebt. In der rechten Seite des Unterleibes befand sich in Steisslage das reife todte Kind, nach dessen Entfernung sich an der breiteren Wand des Uterus am Fundus ein grosser Riss von 4 und 6 Cm. Durchmesser präsentirte. Die Ligamenta lata mit den Ovarien durch derbe Pseudomembranen verwachsen. Der Uterus wurde supravaginal amputirt, wobei noch ein Strang von der hinteren Fläche des Uterus zum Rectum führend, unterbunden werden musste. Die Pat. starb jedoch schon 4 Stunden nach der Operation. — Es fragt sich nun, wie die Ruptur entstanden sei? Da die isolirten Rupturen des Fundus uteri überhaupt sehr selten sind und nur bei Schwangeren nach Verletzungen beobachtet worden, während sich alle Rupturen bei der Geburt im unteren Theile des Uterus, im Cervix oder zwischen Cervix und Vagina abspielen, so müssen in diesem Falle besondere Veränderungen des Uterusgewebes vorausgesetzt werden. Eine solche Prädisposition lässt sich aber unschwer aus den alten perimetritischen Adhäsionen ableiten, welche eine chronische Metritis voraussetzen lassen. Das Präparat, welches demonstrirt wird, soll noch daraufhin mikroskopisch untersucht werden.

Director: Dr. C. v. Lingen.
Secretär: Dr. Jalan de la Croix.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 19. Mai 1893.

Dr. Wolferz referirt über den Krankheitsverlauf des verstorbenen Mitgliedes Dr. Helling. (Autorreferat).

Dr. med. A. Helling, 36 Jahre alt, vorher gesund, erkrankte nachdem er sich einige Tage unwohl gefühlt hatte, am 27. April unter Symptomen eines acuten infectiösen Bronchialcatarrhs mit äusserst heftigem trockenem Husten, mässigem Fieber, profusen Schweissen und grosser Schwäche, Erscheinungen, wie sie hier während der Influenza-Epidemie häufig beobachtet wurden. Am 5. Tage, an dem ich den Kranken zuerst sah, wurde subfebrile t°, kleiner, weicher Puls von 110, geringe Cyanose, mässige Dyspnoe und verbreitetes, mittelblasiges

[1]) vide Protocoll der Sitzung vom 8. März 1893 (diese Wochenschrift 1893, p. 326).

[2]) «Больничная Газета Боткина» 1891, № 40.

[3]) Nach weiteren 3 Wochen hat sich übrigens der Ascites wieder eingestellt u. zwar in stärkerem Grade als ursprünglich.

Rasseln über beiden Lungen constatirt. Unter Gebrauch von Quebracho-Decoct mit Liq. ammon. nahmen die catarrhalischen Erscheinungen bald ab und konnte die erste Ausfahrt bei mildem Wetter am 9. Mai unternommen werden. Bei der Rückkehr heftiger Reizhusten mit Stechen in der rechten Seite. Nach ruhig verbrachter Nacht am Morgen des 10., Frösteln, Stiche in der Lebergegend, die sich in den rechten m. rect. abdominis erstrecken. Am 11. Mai hinzugerufen, fand ich folgenden Zustand: Stossweises, klonisches In- und Exspirium unter heftigem Schreien, geringe Cyanose. kleiner gespannter Puls von 112, t° 38,5 profuse Schweisse. Den Kranken aufzurichten, oder zu kehren, war bei den heftigen Schmerzen nicht möglich. Vorn und an der rechten Seite liess sich nur spärliches, mittelblasiges Rasseln und Rhonchi nachweisen. Inject. von 0,02 Morph., die nach ½ Stunde wiederholt wurde, brachte nur unbedeutende Erleichterung, unter Chloroforminhalationen gelang es dann für einige Minuten Ruhe zu schaffen, und durch Untersuchung der hinteren Thoraxwand gedämpft — tympanitischen Schall und kleinblasiges Rasseln RHU zu constatiren. Ausgedehnte Eisapplicationen, Coffein- natr. benz. in Digitalis-Infus. Am Abend Frostanfall bei 39,5. Am 12. Mai äusserst heftiges Seitenstechen trotz mehrfacher Morphiuminj. Derselbe klonische Respirationstypus, RHU 2 fingerbreite Dämpfung; 12 trockene und 6 blutige Schröpfköpfe bringen grosse Erleichterung, trotzdem fürchtet sich der Kranke aus der hockenden Stellung, die ihm bei der Blutentziehung einzuhalten allein nur möglich war, sich niederzulegen, bekommt einen Collaps. der sich erst nach gewaltsamem Niederlegen, Emporheben der Beine und Campherinjectionen allmählich giebt. In der Nacht Frostanfall, t° 39,3. Da es sich um einen ungewöhnlichen Fall von Pleuritis diaphragmatica, die allem Anscheine nach durch einen Lungenabscess nach Influenza bedingt war, handelte, wurden zur Weiterbehandlung noch zwei Collegen, die Herren Dr. Schmidt und Mey erbeten, und aus der gemeinsamen Berathung mit ihnen das Bestehen einer Pleuropneumonie angenommen. Die Dämpfung stieg bis zur Scapula, es war feinblasiges Rasseln zu hören, hauchendes Exspirium, aber kein ausgesprochenes Bronchialathmen, kein charakteristisches Sputum, t° 39,4. Der kleine Puls 128—132. Im Urin kein Eiweiss. Der Kranke isst gut und verbraucht 1 L. Milch am Tage. Seit gestern Abend geringer Meteorismus. Am 13. Mai starker Meteorismus, hohes Darmrohr bringt keine Erleichterung. Puls 136, klein, schwache Herztöne. Wiener Trank, Campherölinjection, am Abend Moschus, wonach, nachdem auch einige flüssige Stühle eingetreten waren, der Puls auf 122 heruntergeht und resistenter wird t° 39,0. Am 14. Mai Dämpfung bis zur halben Scapula, über ihr kleinblasiges feuchtes Rasseln, das den Eindruck eines ödematösen macht. Auf der linken Lunge hier und da mittelblasiges Rasseln. Am Vormittag Erbrechen kaffeesatzähnlicher Massen, das sich alle ¼—½ Stunde wiederholt, rascher Verfall, am Abend Tod unter Lungenödem. Section ergab: septische Pleuritis mit ca. 3 L. bräunlich-grünlichen seropurulenten Exsudates. In der Nähe des unteren Randes der rechten Lunge, mehr nach hinten gelegen, ein haselnusskerngrosser Abscess unter der necrotisirten Pleura, rechter unterer Lungenlappen stark hyperämisch, nicht infiltrirt, Lungenödem. Das schlaffe Herz zeigt geringe Dilat. und Hypertrophie, geringe fettige Entartung, arteriosklerotische Veränderungen der aufsteigenden Aorta und Coronaria. Milz vergrössert, breiartige Pulpa. Im Magen schwarzbraune, flüssige Massen bei intacter Schleimhaut.

Dr. Bergmann stellt einen 19-jährigen Pat. vor, dem er Anfang Januar c. das osteomyelitisch erkrankte linke Darmbein total resecirt hat, wobei das nach oben und hinten gelegene Drittel der Pfanne mit hat entfernt werden müssen. Dr. Bergmann macht besonders darauf aufmerksam, dass Pat. ohne irgend eine Stütze recht gut geht.

Ferner demonstrirt Dr. Bergmann eine exstirpirte tuberculös erkrankte Niere. Es hat sich um eine ca. 40-jährige Frau gehandelt, die seit längerer Zeit an einer Wanderniere leidet, welche ihr in der letzten Zeit besonders hochgradige Schmerzen bereitet habe. Auch ist die Frau in der letzten Zeit sehr in ihrer Ernährung heruntergekommen. Bei der Untersuchung erwies sich die linke Niere als deutlich beweglich, auch die rechte war etwas verschieblich. Im Harn fanden sich Tuberkelbacillen; Blutbeimengungen hat der Harn nicht gezeigt. Am 8. Mai wurde die rechte Niere exstirpirt, es fand sich ein erweitertes Nierenbecken, dessen Schleimhaut einige miliare Knötchen zeigte; der Wundverlauf war glatt, die Harnquantität war schon am 3. Tage normal, die Untersuchung des Harnes auf Tuberkelbacillen ergab jetzt ein negatives Resultat.

Dr. Schabert macht die Mittheilung, dass Dr. Krannhals an der ihm zugesandten Niere makroskopisch keine tuberculösen Veränderungen habe constatiren können. Die mikroskopische Untersuchung steht noch aus.

Dr. Bergmann demonstrirt demgegenüber die miliaren Knötchen in der Schleimhaut des Nierenbeckens.

Dr. Treymann demonstrirt 2 durch Laparotomie gewonnene Präparate.

Fall I: Am 15. Mai c. wurde in's Krankenhaus eine Frau eingebracht mit hochgradiger Anämie, Puls klein, 140, im Abdomen die Zeichen freier Flüssigkeit, die unter den obwaltenden Umständen als Blut gedeutet wurde; Douglas vorgewölbt, in demselben lassen sich gallertartige Massen fühlen. Die Anamnese ergab, dass die Periode ein Mal ausgeblieben war. Die Diagnose wurde auf eine graviditas extrauterina mit rupturirtem Fruchtsack gestellt. Bei der sofort vorgenommenen Laparotomie erwies sich das Abdomen mit Blut gefüllt. Rechts vom Uterus fand sich eine wallnussgrosse Geschwulst mit einem haselnussgrossen Einriss; sie war durch keinerlei Adhäsionen mit der Nachbarschaft verwachsen, so dass es keine Schwierigkeiten bot sie zu entfernen. Pat. erholte sich. Nach 3 Tagen erfolgte nichtsdestoweniger der Tod. Als Todesursache wird vom Vortragenden Sepsis oder Volvulus angenommen. Die Section hat noch nicht stattgefunden. — Im zweiten Fall handelt es sich um eine Frau mit einem mannskopfgrossen Myom, die fast verblutet in's Krankenhaus kam. Die Geschwulst fühlte sich sehr weich an, was, wie sich bei der Operation herausstellte, eine Folge des grossen Blutreichthums derselben war. Der Consistenz nach hätte man daher an ein Ovarialcystom denken können, doch sprach die beträchtliche Verlängerung des Uterus für ein Myom.

Die Operation ist vor 4 Wochen ausgeführt worden; keine Adhäsionen, extraperitoneale Stielversorgung, Genesung. In der Uterushöhle fanden sich grosse Polypen.

Dr. Gilbert berichtet über eine durch Perforation und Extraction beendete Geburt.

Es handelt sich um eine kräftig gebaute Frau, die beim Stehen die Knie einwärts rotirt hält; es besteht hoher Grad von Hängebauch, so dass der fundus uteri im Stehen unterhalb des Niveaus der Symphyse liegt. Kyphose der Lendenwirbelsäule, Becken stärker als normal gegen die Horinzontale geneigt. Die äussere Untersuchung fällt negativ aus. Kindstheile sind nicht durchzufühlen. Es sind keine kindlichen Herztöne zu hören. Bei der inneren Untersuchung constatirt man eine auffallend enge Scheide, Kopf fest im Beckeneingang, Pfeilnaht im schrägen Durchmesser.

Beckenmasse: sp. 32 cm., cr. 26 cm., tr. 32 Cm., tub. isch. 13 cm., c. e. 17 Cm. (c. d. konnte nicht mehr gemessen werden, nachträglich wurde die c. v. auf 7½—8 cm. geschätzt).

Am 19. Mai hatten die Wehen begonnen, am selben Tage war der Blasensprung erfolgt, am 21. April zum letzten Mal Kindsbewegungen, am 22. April fand die Untersuchung statt.

Die Diagnose wurde auf ein rhachitisch plattes Becken gestellt. Da das Kind offenbar todt war, so wurde nach einem ganz vorsichtigen Zangenversuch zur Perforation geschritten. Die Perforation selbst bot gar keine Schwierigkeiten, dagegen war die Extraction durch die hochgradige Scheidenenge erschwert. Der Kranioklast hatte zuerst ein Seitenwandbein gefasst und beim Ziehen riss dasselbe aus; erst als der Kranioklast über das Gesicht hinweg angelegt war, gelang die Extraction, aber auch nur mit einem Dammriss; derselbe wurde am folgenden Tage genäht, doch mussten die Nähte nach 2 weiteren Tagen wegen einer Temperatursteigerung bis auf 40,0° wieder entfernt werden. Es traten im weiteren Verlauf Abscesse auf, die incidirt werden mussten. Der schliessliche Ausgang war Genesung. Referent hat der Pat. gerathen, sich bei einer etwaigen abermaligen Geburt frühzeitig zu melden, damit die Symphyseotomie oder der Kaiserschnitt vorgenommen werden kann.

Dr. Treymann bemerkt zu vorstehendem Fall, dass bei enger Conjugata und gleichzeitiger Scheidenenge, die Perforation mit Extraction des verkleinerten Schädels in der That sehr schwer werden kann. Dr. Treymann beschreibt bei dieser Gelegenheit den Auwardschen Cranioklast, den er selbst übrigens noch nicht angewandt hat.

Dr. Gilbert spricht sich gegen den Auwardschen Cranioklast aus, weil derselbe, indem er den Kopf in der einen Richtung zusammenpresst, in der darauf senkrechten Ebene seinen Durchmesser vergrössert.

Dr. Deubner hält seinen angekündigten Vortrag: Zur Casuistik des Erythema nodosum (Autorreferat).

Vortragender berichtet über einen von ihm beobachteten Fall von typischem Erythema nodosum mit fieberhaften Allgemeinerscheinungen bei einem 4 jährigen Mädchen und knüpft daran eine Betrachtung über die jetzt herrschenden Anschauungen über die Natur dieser Krankheit. Er wendet sich speciell gegen die von Uffelmann und Oehme aufgestellten Behauptungen, dass das Erythema nodosum im Kindesalter mit später sich entwickelnder allgemeiner Tuberculose in Verbindung zu bringen sei, und in Folge dessen üble prognostische Bedeutung habe. Nachdem die Symptomatologie speciell die Symptome, unter welchen das Erythema im Kindesalter in Form einer fieberhaften Allgemeinerkrankung auftritt, in extenso geschildert worden, und auf das überwiegende Auftreten der Erkrankung in diesem Lebensalter hingewiesen, fasst Vortragender seine Anschauung über die in Rede stehende Affection in folgenden Schlusssätzen zusammen. — Das Erythema nodosum ist eine Erkrankung vornehmlich des jugendlichen

speciell des Kindesalters. Den klinischen Erscheinungen nach ist diese Hauterkrankung zu den Angioneurosen zu rechnen. Die Ursachen, welche das klinische Bild des Erythema nodosum erzeugen, können sehr verschiedener Natur sein.

Speciell im Kindesalter, unter den geschilderten Symptomen hält Vortragender das Erythema nodosum für eine Infectionskrankheit nicht contagiöser Natur, bei welcher die Hautaffection als Folgezustand eines durch den Krankheitssaft ausgeübten central wirkenden Reizes anzusehen und als Angioneurose zu deuten ist.

Dr. Schabert hat an sich selbst eine Krankheit beobachtet, die ihm in einer gewissen Beziehung zum Erythema nodosum zu stehen scheint. Nach einer Erkältung stellten sich Gelenkschmerzen und eine brettharte Infiltration verschiedener Muskeln ein. Da die Haut frei war, so könne zwar von einem eigentlichen Erythema nodosum nicht die Rede sein, doch scheine sich bei ihm derselbe Process in den Muskeln abgespielt zu haben, der sich sonst in der Haut localisire. Dr. Ed. Schwarz meint, dass es sich vielleicht um Myositis infectiosa gehandelt haben könnte.

D. z. Secretär: Dr. Dahlfeld.

Vermischtes.

— In der II. (statistischen) Section der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit ist der Privatdocent der militär-medicinischen Academie Dr. A. A. Lipski zum Präsidenten und Dr. J. A. Dmitrijew zum Vicepräsidenten gewählt worden. Zum Präsidenten der V. Section der genannten Gesellschaft wurde der Professor der milit.-medicinischen Academie Dr. E. W. Pawlow und zum Vicepräsidenten der Privatdocent Dr. W. F. Sigrist gewählt.

— Am 5. December beging der als Geburtshelfer und Gynäkolog wohlbekannte hiesige Arzt, wirkl. Staatsrath Dr. W. J. Stolz, das 35-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. Der Jubilar, welcher hier eine Heilanstalt für Frauenkrankheiten mit beständigen Betten leitet, hat, wie wir bereits mittheilten, die Redaction der von W. S. Ettinger herausgegebenen neuen medicinischen Zeitschrift «Еженедѣльникъ журнала «Практическая Медицина» (Wochenschrift des Journals «Praktische Medicin») übernommen.

— Die hiesige Gesellschaft russischer Aerzte hat den Medicinalinspector der Anstalten der Kaiserin Maria, Dr. W. W. Ssutugin, anlässlich seines 30-jährigen Jubiläums zum Ehrenmitgliede erwählt.

— Prof. Dr. K. F. Sslawjanski (Gynäkolog an der militär-medicinischen Academie) ist von der Gesellschaft der Aerzte bei der Kasanschen Universität bei Gelegenheit seines am 9. December d. J. stattgehabten 25-jährigen Jubiläums zum Ehrenmitgliede der Gesellschaft gewählt worden.

— Die neugebildete Gesellschaft russischer Aerzte in Odessa hat in ihrer Organisations-Sitzung Dr. Kalatschewski zum Präsidenten und Dr. Petrowski zum Vicepräsidenten gewählt.

— In der Jahresversammlung der Gesellschaft der Naturforscher und Aerzte in Tomsk am 7. November wurde an Stelle des Prof. Weliki, welcher von dem Präsidentenamte zurücktrat, der Professor der Chirurgie, Dr. Rogowitsch zum Präses gewählt.

— Verabschiedet auf sein Gesuch: der Gehülfe des Archangelschen Gouvernements-Medicinalinspectors, wirklicher Staatsrath Satwarnizki.

— Verstorben: 1) Am 16. November in Chersson der Leiter des dortigen jüdischen Krankenhauses, Arzt Hermann Tarle im 59. Lebensjahre. Der Verstorbene hatte den medicinischen Cursus in Kiew 1859 absolvirt und später zur weiteren Vervollkommnung seine Studien in Deutschland und Frankreich fortgesetzt. Mehr als 30 Jahre seiner ärztlichen Thätigkeit hat er ausschliesslich der Stadt Chersson gewidmet, wo er durch die Gründung und Leitung des jüdischen Krankenhauses sich grosse Verdienste erworben hat. 2) Am 2. November der Landschaftsarzt des Korotscha'schen Kreises Arthur Beljawski an einem Leberleiden im 55. Lebensjahre. Nachdem er i. J. 1862 den Arztgrad an der Moskauer Universität erlangt hatte, war der Hingeschiedene anfangs freiprakticirender Arzt in Wolhynien, siedelte aber 1870 nach Korotscha (Gouv. Kursk) über, wo er bis zu seinem Lebensende dem Landschaftshospital vorstand und bei den Collegen wie bei den Patienten sehr beliebt war. 3) In Jelisawetpol der Oberarzt des Labinskischen Cavallerieregiments, des Kubanschen Kosakenheeres Collegienrath A. D. Lewitus. 4) Am 15. October in Nishni-Nowgorod der frühere Ordinator des dortigen Landschaftshospitals, J. P. Bukin, im Alter von 28 Jahren an Pneumonie, nachdem er einige Zeit vorher einen schweren Flecktyphus durchgemacht hatte. 5) In Abazzia der frühere serbische Ministerpräsident, Dr. med. L. Dokic im 48. Lebensjahre. Der Verstorbene hatte seine medicinische Ausbildung in Wien erhalten.

— Ein seltenes Jubiläum beging in Leipzig am 4. (16.) Decemcer der frühere Dorpater Professor der Philosophie Dr. Ludwig Strümpell, bei dem auch viele ältere Mediciner, welche an der Dorpater Universität ihre Ausbildung erhalten, Vorlesungen über Logik und Psychologie gehört haben. An diesem Tage vollendeten sich nämlich hundert Semester seit der ersten Vorlesung, welche derselbe beim Antritt seines Amtes an der Dorpater Universität am 4. (16.) December 1843) hielt. Der nun 100 Semester als academischer Lehrer thätig gewesene Greis steht jetzt bereits im 82. Lebensjahre, erfreut sich aber noch immer einer seltenen geistigen Frische, so dass er noch gegenwärtig als Honorarprofessor der Universität Leipzig Vorlesungen daselbst hält.

— Ein in der Geschichte der Medicin wichtiger Gedenktag konnte am 14 (26.) November gefeiert werden — der 400. Geburtstag des berühmten Arztes Paracelsus (Theophrast von Hohenheim). Er ist einer der bedeutendsten Erscheinungen in der Medicin des Mittelalters und hat nach verschiedenen Richtungen reformatorisch gewirkt. So war er der erste Professor der Medicin, der in deutscher Sprache vortrug; er führte eine grössere Einfachheit der ärztlichen Recepte ein und lehrte die Aerzte sorgfältig und vorurtheilsfrei die Krankheitserscheinungen beobachten. Er that auch den für jene Zeit bedeutsamen Ausspruch, dass zwischen einem Arzte und einem Wundarzte kein Unterschied bestehe, dass die Heilkunde etwas Einheitliches sei. P. starb 1541 in Salzburg. (Allg. med. C.-Ztg.)

— Von der hiesigen militär-medicinischen Academie sind im verflossenen Lehrjahre 1892/93 im Ganzen 592 gelehrte Würden und Grade verliehen worden und zwar: die Würde eines Doctors der Medicin 92 Personen, der Arztgrad 149, die Würde eines Medicinalinspectors 2, eines Kreisarztes 2, eines Accoucheurs 1, eines Dentisten 34, einer Hebamme 254, eines Provisors 12 und eines Apothekergehülfen 46 Personen. Gegenwärtig sind der Academie 114 Militärärzte zur Vervollkommnung in den medicinischen Wissenschaften und zum speciellen Studium der Feldchirurgie zucommandirt.

— Am 21. November vollendeten sich 125 Jahre seit der Einführung der Schutzimpfungen gegen die Pocken in Russland. Im April 1772 wurde eine Medaille zu bleibendem Gedächtniss an die bereits 3½ Jahre früher erfolgte Anwendung der Pockenimpfungen in Russland geprägt. (Nowoje-Wr.—Russk. Med.)

— Wie gross noch der Mangel an Aerzten im Innern des Russischen Reiches ist, beweist unter anderen das Gouvernement Ssaratow. Im ganzen Gouvernement gab es nach der «Russ. Shisn» im Jahre 1888 nur 120 Aerzte. Um sich zu vergegenwärtigen, wie gering diese Zahl ist, muss man wissen, dass in einigen Kreisen auf einen Arzt gegen 80,000 Einwohner kommen und im ganzen Gouvernement 1 Hospitalbett auf 2000 Einwohner entfällt. In der Armee ist 1 Arzt auf 432 Soldaten und 1 Hospitalbett auf 30 Mann vorhanden.

— In der Bibliothek der militär-medicinischen Academie wird eine besondere Abtheilung eingerichtet, in welcher ausschliesslich die gedruckten Arbeiten der Lehrer und Schüler der Academie untergebracht werden sollen.

— Die Choleraepidemie in Russland wird mit jedem Tage schwächer und die Zahl der Gouvernements, in welchen keine Neuerkrankungen mehr vorgekommen sind, nimmt in erfreulicher Weise stetig zu. Die grösste Zahl der Erkrankungen weist jetzt die Stadt Petersburg auf, wo die Zahl der in den Hospitälern verpflegten Cholerakranken seit dem 27. November erheblich gestiegen und bis jetzt noch keine Abnahme erfahren hat. Vom 1. bis 8. December erkrankten hierselbst 145 Personen, genasen 37, starben 65 und verblieben in Behandlung 152 Personen, während in der Vorwoche die entsprechenden Zahlen 107, 8, 47 und 66 betrugen. Zu bemerken ist, dass seit dem 4. December im Nikolai-Waiseninstitut und dem Alexandra-Waisenhause unter dem niederen Dienstpersonal dieser Anstalten nach dem Genuss von Stockfisch und ungekochtem Wasser Erkrankungen mit Erbrechen und Durchfällen vorgekommen und sämmtliche Erkrankten in's Marienhospital für Arme übergeführt sind. Da nach der von einem Consilium der Aerzte abgegebenen Gutachten die erwähnten Erkrankungen zu denen an der Cholera gehören, so ist die am 8. December in Behandlung verbliebenen Zahl dieser Erkrankten (38 Personen) zu der allgemeinen Summe hinzugezählt worden, welche in Folge dessen 152 Personen beträgt.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 4. December d. J. 6397 (153 mehr als in der Vorwoche), darunter 259 Typhus — (42 wen.), 738 Syphilis — (24 mehr), 65 Scharlach (4 wen.), 22 Diphtherie — (1 wenig.), 97 Masern — (25 mehr), 29 Pocken — (2 mehr) und 117 Cholerakranke — (105 mehr als in der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Olonez. Gehalt 1200 Rbl. jährl. Adresse: «Олонецкая Земская Управа».
2) Landschaftsarztstelle im Kreise Sterlitamak (Gouv. Ufa). Wohnsitz im Kirchdorfe Tabynsk. Gehalt 1200 Rbl. jährlich. Adresse «Стерлитамакская Земская Управа.»
3) Es wird ein Arzt für eine stark bevölkerte Ortschaft gesucht. Als Subsidie 300 Rbl. jährlich. Adresse: «Херсонскаго уѣзда, Посадъ Березнеговатое, Майденкому»·

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 28. November bis 4. December 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
348	285	633	115	45	86	17	3	21	46	77	73	56	59	28	6	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 3, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 5, Masern 13, Scharlach 8, Diphtherie 17, Croup 6, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 18, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 90, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 84, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 35, Marasmus senilis 19, Krankheiten des Verdauungscanals 39, Todtgeborene 26.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 14. December.

Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

✦ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 20. December.

Adressen von Krankenpflegerinnen

Вѣра Андреевна Скорлигина, Невск. пр. д. 98, кв. 6.
M. Winkler, Соляной пер. д. 4, кв. [illegible]
Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. [illegible] кв. 15.
Schwester Elise Tennison, Б[illegible]довая, д. 9, кв. 36.
Frau **A. Wiander**, Вас. Остр. [illegible] кв. 6.
Frau **Marie Kubern**, Мойка 84, [illegible]
Antoinette Lücke, Невскій пр. [illegible] кв. 13.
Marie Mohl, В. О. 1. л. д. 44 [illegible]
Pauline Gebhardt. Вас. Остр. 5 [illegible] д. 5, кв. 18.

Довв. ценв. Спб. 11 Декабря 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. [illegible]

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat.

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 51 St. Petersburg, 18. (30.) December **1893**

Abonnements-Aufforderung.

Die St. Petersburger

Medicinische Wochenschrift

wird auch im Jahre 1894 unter der jetzigen Redaction und nach dem bisherigen Programm erscheinen. Sie bleibt ihrer Aufgabe getreu, ein Organ für praktische Aerzte zu sein und letztere durch **Originalarbeiten** sowohl als durch **Referate** und **Besprechungen** neu erschienener Werke mit den Ergebnissen zeitgenössischer medicinischer Forschung bekannt zu erhalten. — Wie bisher wird dieselbe als Organ nachstehender Vereine und Gesellschaften fortfahren mit der Veröffentlichung der **Protokolle des allgem. Vereins St. Petersb. Aerzte**, des **St. Petersburger Vereins deutscher Aerzte**, der **Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga**, der **medicinischen Gesellschaft zu Dorpat** und der **Gesellschaft livlandischer Aerzte**. — Besondere Aufmerksamkeit wird die Wochenschrift auch fernerhin der **russischen medicinischen Literatur** widmen und in gleicher Weise, wie im vorigen Jahre, auch weiterhin durch fortlaufende Referate über **alle wichtigeren in russ. medicin. Journalen erscheinenden Arbeiten**, sowie über die Verhandlungen **russischer medicinischer Gesellschaften**, den mit der russischen Sprache nicht vertrauten Fachgenossen die Einsicht in diese stetig an Bedeutung gewinnende Literatur ermöglichen. — Der **Abonnementspreis** ist incl. Zustellung in **Russland 8 Rbl.** für das Jahr, **4 Rbl.** für ein halbes Jahr; **in den anderen Ländern 20 Mark** für das Jahr, **10 Mark** für ein halbes Jahr. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die Buchhandlung von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect Nr. 14, **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen an den geschäftsführenden Redacteur **Dr. Rudolf Wanach** (Petersburger Seite, Grosser Prospect Nr. 7, Quart. 6) zu richten.

Ueber Trepanation bei Hirnverletzungen.

Von

Dr. A. v. Bergmann (Riga).

Vortrag, gehalten auf dem V. livländischen Aerztetag den 2. September 1893.

M. H.! Die Bedeutung, welche die Hirnchirurgie heute gewonnen, dann der Wunsch Anforderungen einzuschränken, welche in Bezug auf operatives Vorgehen nicht selten von collegialer Seite an den Chirurgen gestellt werden und die weit unser chirurgisches Können überschreiten, endlich aber auch die Bitte an die Collegen, welche Pat. behufs Trepanation einsenden, denselben eine recht genaue Krankheitsgeschichte mitzugeben — veranlassen mich heute das angekündigte Thema vor Ihnen zu besprechen, obgleich ein wesentliches Gebiet desselben — der Hirnabscess — auf unserem 2. Aerztetage bereits von anderer Seite in längerer Rede besprochen worden.

Bei der uns beschäftigenden Frage müssen wir unterscheiden die Trepanationen, welche primär durch die Art der Verletzung des Hirns bedingt sind — von den secundären Trepanationen, die durch die Folgezustände der Hirnverletzung bedingt sind.

Aus der ersten Kategorie wird ja wohl als selbstverständlich anerkannt werden, dass bei allen complicirten Schädelbrüchen, wo in der breit klaffenden Wunde das Hirn blosliegt oder durch ausgedehnte Splitterung des Schädeldaches lädirt erscheint — die Entfernung der Knochenfragmente, die Säuberung der Hirnwunde von Verunreinigungen und Knochensplittern als dringendste Indication sich aufdrängt.

Ebenso wird sich wohl kaum eine Controverse dagegen erheben, dass unverweilt einzugreifen ist, wo die Erscheinungen einer schnell wachsenden Hirncompression durch Blutung evident geworden, ganz besonders, wenn der Ort der Verletzung auf eine Sinus- oder Meningealgefässblutung hinweist.

Constatirt man in dem, durch das stattgehabte Trauma oder durch die Trepanation blosgelegten Hirn einen in das Marklager eindringenden Zertrümmerungsherd, so ist derselbe durch Tamponade zu versorgen.

Ferner ist die Trepanation geboten, wo die äussere Wunde auf einen in's Hirn gedrungenen Fremdkörper — abgebrochene Messerklinge, eingedrungenen Stein oder drgl. führt. Die Trepanation ermöglicht uns hier den Fremdkörper zu entfernen und damit namentlich die Störungen hintanzuhalten, welche sekundär, nachdem die äussere Wunde sich geschlossen, dem Verletzten drohen.

Wie steht es nun mit den Schussverletzungen des Hirns?

Von Berlin aus ist die Parole ergangen, dass nur in den Fällen zu trepaniren sei, wo momentan mit dem Einschlagen des Geschosses Symptome auftreten, die direct auf die Läsion bestimmter Centra hinweisen, dass jedoch die Trepanation zu unterbleiben habe, wo diese Symptome erst im späteren Verlauf aufgetreten, da sie hier nicht den Ausdruck directer Läsion der ausser Function gesetzten Centra bedeuteten, sondern indirect zu Stande gekommen wären. so dass man bei einer etwaigen Trepanation die unangenehme Ueberraschung erfahre, weder das Geschoss noch auch überhaupt eine Hirnläsion an der eröffneten Stelle zu finden.

Bei Schussverletzungen sei ferner die primäre Trepanation indicirt, soweit bei denselben Verhältnissen vorliegen, wie sie vorhin bereits besprochen, d. h. ausgedehnte Knochenverletzung und fortdauernde Blutung.

In allen übrigen Fällen sei die primäre reactionslose Einheilung des Geschosses im Hirn anzustreben, welche garnicht so selten zu Stande kommt, wie dieses die einstweilen noch nicht veröffentlichte stattliche Reihe von Fällen beweist, die in der königl. Klinik zu Berlin beobachtet worden. Selbstverständlich ist secundär sofort einzugreifen, sobald Anzeichen sich einstellen, dass die reactionslose Einheilung des Geschosses nicht vor sich gehe.

Aus persönlicher Anschauung kenne ich 2 Fälle, die das Gesagte illustriren:

In dem einen handelte es sich um ein 19 jähriges Mädchen, auf das der Bräutigam 3 Revolverschüsse abgegeben hatte, von denen 2 die linke Schläfe, der dritte die Stirn getroffen hatten. Die etwa 2 Stunden nach der Verletzung eingebrachte Kranke lag in schwerem Coma da mit Cheyne-Stokeschem Athmen, Zuckungen, die zeitweise den rechten Arm und das rechte Bein zusammenzogen. Der langsame, 58 Schläge zählende sonst kräftige, regelmässige Puls wurde in der nächsten Stunde stetig langsamer, hart, zählte bei meiner Ankunft nur 48 Schläge, deutete also auf zunehmende Hirncompression — wahrscheinlich durch Blutung.

Ich trepanirte, kam in der That auf eine spritzende Arterie und legte einen grossen Zertrümmerungsherd im Schläfenlappen bloss, den ich nach behutsamer Entfernung der Blutgerinnsel und Hirnbröckel tamponirte, ohne nach der Kugel zu suchen.

Die beiden anderen Kugeln hatten das Schädeldach nicht perforirt und wurden entfernt.

Wenige Stunden nach der Operation hatte sich die Pulsfrequenz auf 102 Schläge gehoben, die Athmung war regelmässig geworden und hatten die Zuckungen im Arm und Bein aufgehört. Allein am nächsten Morgen erfolgte der Tod und die Section ergab, dass während der Zertrümmerungsherd im linken Schläfelappen sass und sich bis in den linken Stirnlappen hineinerstreckte, die Kugel von vorn unten nach oben hinten ansteigend sich vom Herde entfernt hatte, indem sie darauf beide Thalami optici verletzend, den 3. Ventrikel durchsetzend, erst dicht unter der Pia m. des r e c h t e n P a r i e t a l l a p p e n s Halt gemacht hatte.

Wie aussichtslos wäre in solchem Falle ein Entfernenwollen der Kugel! und wie weit vom Zertrümmerungsherde, den sie geursacht, kann die Kugel sich entfernen! Der schmale Schusskanal. den sie zwischen dem Endpunkt ihrer Bahn und dem Zertrümmerungsherd gelassen, macht es verständlich, dass ein reactionsloses Einheilen der Kugel auch noch da erfolgen kann, wo Entzündungsvorgänge in diesem letzteren Platz gegriffen und einen operativen Eingriff nach sich gezogen haben.

Der 2. Fall betrifft einen 24 jährigen kräftigen Mann, der 2 Revolverschüsse auf seinen Schädel abgegeben, welche denselben in der rechten Schläfe, der eine dicht vor dem Ohr, der andere noch mehr nach vorn und oben getroffen hatten. Der vorderen Einschuss-Oeffnung entsprechend liess sich eine kleine Depression im Schädel nachweisen. Da Pat. gar keine cerebralen Störungen zeigte, wurde ein aseptischer Verband angelegt. Der nächste Tag verlief gleichfalls ohne weitere Störung. Allein in der darauffolgenden Nacht war Pat. sehr unruhig geworden, die Temperatur war auf 38,4 gestiegen, während die Pulsfrequenz auf 53 gesunken war. Nun wird eingegriffen. Der vorderen E. O. entsprechend, findet sich ein 2 Ctm. langer und etwa 1,5 Ctm. breiter Defect im Stirnbein. Der Knochen ist hier in eine Menge kleiner Fragmente gebrochen, die fast sämmtlich extradural zusammenliegen.

Nach vorn und oben ist die Dura zerrissen und quellen hier Blutcoagula und Hirnbröckel heraus; hier wird mit der Kornzange eingegangen und ein klein apfelgrosser Zertrümmerungsherd im Stirnlappen constatirt, aus dem sich Blutcoagula und Hirnbröckel entleeren, in dem jedoch die Kugel nicht gefunden wird, ein kleines Knochenfragment wird aus dem Schusskanal entfernt. Die Höhle wird tamponirt und schliesst sich an den Eingriff ein glatter Wundverlauf. Beobachtungshalber ist Pat. 2 Monate in der Abtheilung behalten worden, es hat sich keine Störung weiter gezeigt, und jetzt fast 2 Jahre nach der Operation ist Pat. ein kräftiger gesunder Mann, der inzwischen geheirathet hat und sich des besten Wohlseins erfreut, trotz seiner Kugel im Hirn.

Dieser Fall leitet uns hinüber zu der Kategorie von Trepanationen, welche secundär wegen eingetretener Folgezustände von Hirnverletzungen nothwendig geworden sind.

Als derartige Folgezustände kommen in Betracht der Hirnabscess, der Erweichungsherd resp. cystoïde Umwandlung eines solchen und endlich die Hirnnarbe.

Therapeutisch am wenigsten dankbar sind die Fälle, in denen es sich um Operation der Hirnnarbe handelt wegen der durch sie geursachten J a c k s o n'schen Epilepsie. Da mir Fälle eigener Beobachtung nicht zu Gebote stehen, so werden Sie mir gestatten über diese Gruppe hinwegzugehen.

Wenn wir nun zunächst Stellung nehmen sollen zum Hirnabscess, so wissen Sie, dass wir — dank E r n s t v. B e r g m a n n — eine feste Regel und Richtschnur für unser Vorgehen in dieser Frage haben: wir sollen nur da operiren, wo wir unsere Diagnose stellen können auf Symptome a) des vermehrten Hirndruckes b) der Eiterung als solcher c) der Herdläsion und zwar nur da, wo diese Symptome ihren Ausgangspunkt nehmen von einem wohl constatirten ätiologischen Moment. Besteht nun diese Directive auch heute noch zu recht?

Man könnte bei Durchsicht der neuesten und neueren Publicationen einschlägiger Fälle den Eindruck gewinnen, als hätten sich die Autoren von dieser Directive emancipirt und hielten die Trepanation bereits für indicirt, wo das ätiologische Moment oder einzelne Symptome zu Gunsten des Hirnabscesses sprächen. In der That sehen wir, dass nur in der kleineren Anzahl der Fälle alle die angeführten Symptome vollzählig vorhanden sind gerade in dem Moment, in welchem sich uns der Hirnabscess zur Operation stellt. Wie Sie wissen, können Herdsymptome vollständig fehlen, wenn Frontal- Occipital- oder Schläfenlappen Sitz des Abscesses sind. Ja das Hauptsymptom vorhandenen Eiters — das Fieber — kann fehlen. Von den 14 hier in Betracht kommenden Fällen des Rigaschen Krankenhauses hatten 7 Hirnabscesse nur in 1 Fall eine mässige Temperatursteigerung kurz vor der Operation aufzuweisen, während die übrigen normale oder nur um einige Zehntel gesteigerte Temperatur hatten. Umgekehrt wiesen von den übrigen 7 Fällen 5 sehr hohe Temperatur auf, als deren Ursache in der Mehrzahl der Fälle ein Erweichungsherd gefunden wurde. — Verfolgen wir nun aber die einzelnen Krankengeschichten bis hinauf zu dem Tage, wo das ätiologische Moment seine Einwirkung ausübte, so finden wir, dass jeder Hirnabscess Tage gehabt, an denen Fieber vorhanden war, wir finden auch Herdsymptome, welche dann

wieder geschwunden sind — kurz bei einer genauen Anamnese sind wir im Stande Lücken des Krankheitsbildes auszufüllen durch Berücksichtigung von rudimentär angedeuteten oder ephemeren Symptomen, und sind dann im Stande diese mit den übrigen Erscheinungen und dem grundlegenden ätiologischen Moment zur richtigen Diagnose zusammenzuschliessen. Allerdings mit der Einschränkung, dass wir im Anschluss an eine traumatische Hirnläsion statt des erwarteten Eiters einen Erweichungsherd oder — in sehr seltenen Fällen — eine Erweichungscyste finden können.

Unter einem sog. Erweichungsherd verstehen wir einen Bezirk rother matscher Hirnsubstanz, in welchem extravasirtes Blut in verschiedener Menge sich findet. Die Abgrenzung eines solchen Bezirks gegen die gesunde Umgebung ist entweder gut ausgesprochen oder mehr weniger verwaschen.

Sein Zustandekommen verdankt ein solcher Herd verschiedenen Processen: entweder repräsentirt er eine Encephalitis oder er ist durch Nekrose der Hirnsubstanz zu Stande gekommen, welche von einer verschiedenbreiten Zone sog. rother Erweichung umgeben ist. Für unser praktisches Handeln ist es wichtig festzuhalten dass diese Herde unter günstigen Verhältnissen spontan zur Ausheilung kommen, dass sie aber auch nach einem Stadium der Latenz durch Umwandlung in Abscess oder durch plötzliches Aufflammen einer Encephalitis das Leben vernichten können, dass sie endlich von vornherein die Tendenz zeigen können fortschreitend die umgebende Hirnsubstanz einzuschmelzen und durch Ergreifen lebenswichtiger Centra oder Durchbruch in einen Ventrikel den Tod des Kranken herbeizuführen.

Gelingt es den Sitz eines diesen beiden letzten Kategorien angehörenden Herdes zu bestimmen, ihn uns zugänglich zu machen, Blutcoagula, den Detritus, die Hirnbröckel zu entfernen, durch Tamponade eine energischere Reaction der Umgebung wachzurufen, so sind die Bedingungen für die Heilung gegeben und auch de facto derartige Heilungen erzielt worden.

Das Schwierigste ist zunächst den Sitz eines solchen Herdes und dann die Progressivität desselben festzustellen. Auf den Sitz des Herdes weisen uns die Ausfallserscheinungen, sei es dass die Centra direct betroffen oder dass sie in noch gesunder Peripherie liegend indirect in ihrer Function alterirt worden.

Dass ferner ein solcher Herd — ebenso wie ein Abscess — als druckerhöhendes Moment störend wirkt auf das Gleichgewicht der an der endocraniellen Circulation betheiligten Factoren — liegt ausser allem Zweifel, spricht ja doch dafür das Fehlen des Liq. cerebro-spinalis bei Eröffnung des Arachnoidalsackes, die Pulsverlangsamung, die Stauungspapille.

Bleiben diese Anzeichen bestehen, treten neue Herderscheinungen etwa noch hinzu, oder tritt Fieber ein, steigern sich die Erscheinungen vermehrten Hirndruckes, dann haben wir vollkommen ausgeprägt das Bild, wie es uns für den Hirnabscess skizzirt worden, und stehen nun vor der Frage: Liegt ein sich entwickelnder Abscess vor, der so rasch als möglich eröffnet werden muss, oder handelt es sich um einen Erweichungsherd, bei dem die Möglichkeit einer spontanen Ausheilung noch nicht ausgeschlossen ist?

Kommt man nicht rechtzeitig aus dem Dilemma der für und gegen den Eingriff sprechenden Erwägungen zu einer positiven Entscheidung, so können alle Erwägungen abgeschnitten werden durch den plötzlich eintretenden Durchbruch in den Ventrikel, durch den Tod.

Erst kürzlich habe ich einen derartigen Fall beobachten können.

Die 70 jährige T. M. wird mit einer complicirten Fractur am Stirnbein am 4. Mai a. c. aufgenommen, die sie sich nach Aussage der Angehörigen durch einen Sturz von der Treppe zugezogen haben soll. Nach einem Stadium grosser Unruhe, normaler Temperatur, ca. 80 Puls — ist am 3. Tage Parese des linken Armes und Beines sowie Herabsetzung der Sensibilität auf der linken Körperhälfte manifest geworden.

Die Unruhe nimmt weiterhin zu, Pat. schreit und spricht beständig vor sich hin, schimpft unfläthig, muss mit Gewalt im Bett zurückgehalten werden. Dabei ist die Temp. Morgens unter 37,0 Abends zwischen 37,4—37,6 und steigt die Pulsfrequenz auf 96. Eine ophthalm. Untersuchung ist wegen der grossen Unruhe der Pat. nicht auszuführen; da während einer ganzen Woche die Erscheinungen an Intensität zugenommen, beschloss ich zunächst im Bereich der Fractur zu trepaniren, um einem Erweichungsherd im Stirnlappen, den ich unmittelbar unter der Stelle der Gewalteinwirkung annahm, zunächst günstigere Bedingungen zu schaffen, eventuell denselben zu eröffnen. Die linksseitige Parese und Sensibilitätsalteration erklärte ich mir durch ein contralaterales Hämatom zu Stande gekommen.

Bei der Operation erweist sich, dass bei sternförmiger Fractur der äusseren Tafel die innere in ca. 3 Ctm. Durchmesser abgesprengt ist. In diesem Defect pulsirt die Dura und zeigt sie hier einen kleinen bereits fest verklebten Einriss. Eine Probepunktion fällt negativ aus. Ich konnte mich nicht dazu entschliessen die Dura zu eröffnen. Das Krankheitsbild wurde durch den Eingriff in keiner Weise verändert, ein paar Tage später hatte die Parese zugenommen, um Tags darauf wieder entschieden abzunehmen.

Am 15. Mai früh, nachdem Pat. bis dahin nach einer Morphiuminjection die Nacht ruhig geschlafen, fängt sie plötzlich an laut zu schreien, mit beiden Händen zu agiren, mit den Zähnen zu knirschen und ist binnen einer Stunde verschieden.

Die Diagnose lautete: subdurales Hämatom rechts und Erweichungsherd mit Durchbruch in den Seitenventrikel, wahrscheinlich im linken Stirnlappen. Die Nekropsie bestätigte die Diagnose nur sass der Erweichungsherd nicht links, im Stirnlappen, sondern rechts unter dem Hämatom im Schläfenlappen; er war in der That bis an den Seitenventrikel vorgedrungen, welcher mit blutig gefärbtem Serum gefüllt war.

Hätte ich mich nicht in diesem Fall von der Vorstellung eines Erweichungsherdes in loco laesionis gefangen nehmen lassen und hätte auf die Herdsymptome hin rechts eingegriffen, so wäre ich nach Umschneidung eines grösseren Hautknochenlappens doch wohl auf den Herd gekommen, der ja dann nicht weit von der vorderen Centralwindung seinen Sitz haben musste.

Ich habe in solcher Weise einen 20-jährigen Matrosen operirt, wo ich nur dadurch, dass ich in grösserer Ausdehnung die Hirnoberfläche freilegte, den wallnussgrossen Herd fand — er markirte sich gegen die lebhaft blutende Umgebung sehr auffallend durch die geringe Blutung aus der Hirnoberfläche und durch die Verfärbung und matsche Beschaffenheit der Hirnsubstanz selbst. Mit der Operation fiel das Fieber ab und bildeten sich alle Erscheinungen zurück, die sich während 18-tägigen Abwartens entwickelt hatten und die bestanden: in Pulsverlangsamung, Fieber, heftigem Kopfschmerz, zu dem sich später Nacken- und Rückenschmerzen gesellt hatten, endlich Trübung der Sehnervenpapille, sowie starke Schlängelung der Venen daselbst. Allerdings ist dieser Fall insofern nicht ganz einwandsfrei, als etwa 1 Monat nach der Operation bei sonst glattem Verlauf die Temp. Abends 1 Mal auf 38° anstieg und beim Verbandwechsel sich etwa 1 Esslöffel Eiter aus der tamponirten Höhle unter Pulsation entleerte. Man kann die Frage aufwerfen: hat es sich hierbei nur um Retention gehandelt oder hat ein kleiner Hirnabscess von vornherein bestanden, der nun zum Durchbruch gekommen?

Wenn ich auch glaube, dass hier nur Retention vorgelegen, da die Temp. sofort abfiel, nur noch 4 Tage später die Notiz im Krankenbogen sich findet, dass noch etwas Eiter sich entleert habe und der Verband darauf 12 Tage liegen bleibt, worauf sich dann weiter kein Eiter mehr findet, — so muss doch die Möglichkeit der Annahme eines nachträglichen Abscessdurchbruches zugegeben werden. Notorisch waren im Detritus des Erweichungsherdes bei der Operation keine Eiterkörperchen gefun-

den worden. Die nahen Beziehungen, welche zwischen Erweichungsherd und Hirnabscess bestehen können, illustrirt dann noch ein Fall, den ich Ihnen kurz mittheilen will.

Am 10. Sept. a. p. wird eine 35-jährige Frau aufgenommen mit complicirter Fractur des rechten Stirnbeins, welche sie sich durch einen Flaschenhieb zugezogen. Pat. kommt mit bereits vernähter Wunde fiebernd ein. Die Nähte werden entfernt, die Wunde tamponirt. Das Fieber fällt zunächst ab, um dann wieder am 16. Sept. eine leichte Steigerung zu zeigen (38,0); nun wird trepanirt, das deprimirte Knochenstück entfernt.

Die Dura ist scheinbar unverletzt, pulsirt. Am 5. October tritt Erbrechen ein, das sich dann öfters wiederholt. Doch giebt Pat. an, daran auch früher schon gelitten zu haben. Am 15. October ist eine linksseitige Facialisparese notirt. Der Wundverlauf ist im Uebrigen ein glatter, so dass Pat sich nicht länger als bis zum 10. November in der Abtheilung halten lässt. Am 23. Nov. lässt sie sich bereits wieder aufnehmen. Es bestehen: linksseitige mässige Facialisparese. Oefteres Erbrechen. Bei Palpation des rechten Stirnbeins treten Brechbewegungen auf. Beiderseits Stauungspapille. Die Temp. ist normal, Puls einige 70 Schläge. Keine Sensibilitätsstörungen, keine Lähmungen.

Am 27. Nov. Trepanation, wobei ein grosser Erweichungsherd im Stirnlappen gefunden wird, der von 2 Trepanationsöffnungen aus mit tamponirender Gaze versorgt wird. Im Detritus werden mikrosk. Eiterkörperchen constatirt.

Der nächste Effect der Operation ist ein Zurückgehen der Facialisparese, bald ist dieselbe aber wieder da, Erbrechen stellt sich ein, Hirnprolaps aus beiden Trepanationslücken, Pat. fängt an Stuhl und Urin unter sich zu lassen und ist am 23. December der linke Arm paretisch. Am 4. Januar a. c. haben die Erscheinungen ihren Höhepunkt erreicht, das linke Bein ist paretisch der linke Arm gelähmt, P. klein, kaum fühlbar, dann aber tritt unerwartet und plötzlich eine Besserung ein, so dass am 8. Jan. nur noch eine leichte Parese des linken Armes besteht, Pat. sich wieder wohl fühlt, die Stauungspapille nicht mehr constatirt werden kann.

Der Hirnprolaps bildet sich vollkommen zurück und wird am 22. Febr. a. c. Pat. entlassen. Am 13. Juli Pat. wieder im Krankenhause, seit einigen Wochen bestehen heftige Kopfschmerzen und ist wieder Prolaps durch beide Trepanationslücken entstanden. Es besteht wieder l. Facialisparese. Herabsetzung der motorischen Kraft im linken Arm und Bein, Kopfschmerz, Andeutung beiderseitiger Stauungspapille. Die Temp. ist 37,0 der Puls 80. Abermaliger Eingriff eröffnet einen kleinapfelgrossen Abscess im rechten Stirnlappen. Doch auch dieser Eingriff blieb zunächst ohne Effect, um dann von einer stetigen Verschlimmerung der bestehenden Erscheinungen gefolgt zu werden; hinzu traten dann anfallsweise auftretende Krämpfe in der linken Seite, Coma, in welchem dann auch am 10. August a. c. der Tod erfolgte.

Die Section ergab eine Eiteransammlung — subdural — von der Trepanationsöffnung beginnend und nach hinten sich über den Parietallappen erstreckend — ein richtiges Empyem des Subduralraums, keine eitrige Meningitis. Der eröffnete Abscess hatte sich bis auf Wallnussgrösse verkleinert, in seiner Umgebung bestand keine Erweichung, der ganze Hirnlappen schien um 1/3 seines Umfanges verkleinert. Im Bereich des erst operirten Erweichungsherdes fand sich glattes Narbengewebe. Darunter fand sich jedoch fest abgekapselt ein bohnengrosser Abscess, der nicht eröffnet worden war.

Haben diese Abscesse bereits bestanden, als der Erweichungsherd geöffnet wurde? Sind sie erst nachträglich entstanden aus kleinen isolirten Erweichungsheerden? Eine entscheidende Beantwortung dieser Fragen ist unmöglich, lassen Sie mich daher schliessen mit dem nochmaligen Hinweis darauf, dass die Erscheinungen, welche uns veranlassen beim Hirnabscess einzugreifen, auch vorhanden sein können, ohne dass Eiter zu finden oder überhaupt vorhanden ist, dass wir aber nichts destoweniger auch in diesen Fällen vor der Operation nicht zurückscheuen dürfen, ja dass in seltenen sorgfältig ausgewählten Fällen auch bei nicht complicirter Verletzung durch den operativen Eingriff der Versuch gemacht werden kann dem Kranken das Leben zu erhalten.

Ich verwahre mich ausdrücklich dagegen, dass ich die Indicationsgrenzen für die Operation wesentlich weiter gestellt wissen will und betone nur, dass jeder Fall exact beobachtet und sorgfältig erwogen sein will, dass aber dann auch mancher Fall zur Operation kommen wird, an dem man sonst achtlos vorübergegangen, mancher Erfolg noch erzielt werden kann, wo sonst der einzige Ausgang nur der Tod ist.

Referate.

Dr. Rossbach: Beitrag zur Aetiologie des Hitzschlages. (Deutsche Mil.-ärztliche Ztschr. 1893, Heft 7).

Verf. hat während seiner 6-jährigen Dienstzeit als Truppenarzt vielfach Fälle von Hitzschlag der verschiedensten Stärke beobachtet und ist zur Ueberzeugung gekommen, dass ausser den von Hiller (Beiheft zum Milit. Wochenblatt 1887, Seite 135. Hitzschlag auf Märschen, seine Ursachen und Verhütung) angegebenen aetiologischen Momenten, als Flüssigkeitsverlust des Körpers und Störungen in der Wärmeregulirung, noch ein drittes Moment zu beachten sei. Nach Verf. handele es sich in den schweren Fällen um eine Autointoxication mit Harnstoff oder anderen toxisch wirkenden, für den Organismus nicht mehr brauchbaren Stoffen, die normaler Weise durch den Urin ausgeschieden werden. Diese Autointoxication kann nach Verf. auf zweifache Weise geschehen:

1) Die sich im Körper normalerweise, besonders bei erhöhter körperlicher Anstrengung bildenden Stoffe — seien es Harn- oder andere unbrauchbare, vielleicht auch giftige Stoffe — werden bei der den Hitzschlag vorbereitenden hohen Körpertemperatur nicht ausgeführt, sondern bleiben im Körper, da die Flüssigkeit aus dem Körper nicht in Form des Harns, sondern in Form von Schweiss ausgeschieden wird, der letztere aber nur geringe Mengen Harnstoff etc. enthält.

2) Wird vom Körper durch Schweiss und Athmung viel Flüssigkeit verloren, so wird der in der Harnblase sich befindende concentrirte Harn durch die Schleimhaut der Harnblase resorbirt und dadurch dem Körper Harnstoff etc. zugeführt. Die Möglichkeit der Resorption durch die Blasenschleimhaut ist durch physiologische Experimente erwiesen. Verf. begründet seine Ansicht mit Folgendem: 1) Verhalten der Athmung: sowohl beim Hitzschlag, wie bei urämischen Anfällen treten mehrfach bei stark beschleunigter Athmung plötzlich 1/2—1 Minute dauernde Athmungspausen ein, die sich nach einiger Zeit wiederholen. 2) Bei ungetrübtem Sensorium treten leichte Krämpfe auf und ebenso Contractionen der Muskeln an den Extremitäten, wenn der Pat. schon wieder zur Besinnung zurückgekehrt ist. 3) Vorkommen diarrhoischer Stühle. Besonders die letztgenannte Erscheinung kann nach Meinung des Verf. durch die Hiller'sche Theorie schwer erklärt werden. Zu der üblichen Behandlungsweise als: Begiessungen, Bäder, Wasserzufuhr, Analeptica etc. empfiehlt Verf. noch Clystiere von warmem Kaffee (Kaffee ist ein Analepticum und wirkt auf die Diurese), die nicht mehr als 200 grm. fassen dürfen und alle 20—25 Minuten wiederholt werden sollen, und räth den Pat. zum häufigen Harnlassen zu ermuntern um dem Ansammeln von Harn in der Harnblase vorzubeugen.

Grimm

Behring: Die Gewinnung der Blutantitoxine. (D. med. Wochenschr. № 48. 1893).

Für eine Reihe von pathogenen Bakterien ist es experimentell festgestellt, dass sie durch ihre Giftwirkung dem lebenden Organismus gefährlich werden. Aber auch bei einigen Krankheiten, deren Erreger zur Zeit noch unbekannt sind, liegt offenbar die Wirkung eines specifischen Giftes vor. Die rationelle Therapie ist bestrebt für derartige Krankheiten giftwidrige, antitoxische Mittel aufzufinden.

Gewisse Thiere besitzen gegen gewisse Krankheiten schon von Natur einen Giftschutz. «In diesem Falle ist der Giftschutz bedingt durch eine Unempfindlichkeit solcher Organe gegenüber dem Gift, die bei giftempfindlichen Individuen mit Krankheitserscheinungen auf das Gift reagiren. Diese Giftunempfindlichkeit ist vererbbar. Mit einer besonderen Beschaffenheit des Blutes hat dieselbe nichts zu thun, und es lässt sich deswegen auch nicht diese Art des Giftschutzes von einem Individuum auf ein anderes durch Bluttransfundirung übertragen».

Dem gegenüber steht der erworbene oder künstlich hervorgerufene Giftschutz. Anfangs wurde beim Studium des schon erworbenen Giftschutzes (z. B. gegen Tetanus) nur constatirt, dass er mit einer Aenderung der Blutmischung (Auftreten von Antitoxin im Blute) in Zusammenhang steht. Weiterhin aber hat sich Verf. davon überzeugt, dass auch das ursprünglich bei einem Individuum vorhandene Maass von Empfindlichkeit durch die specifische Giftbehandlung eine Aenderung erfährt.

Demnach zeigt Tetanusgift nach Einführung in den Organismus von Individuen, welche überhaupt für dasselbe empfänglich sind, drei Reihen von Wirkungen: «Erstens die besondere Art von Krankheitserscheinungen, welche wir unter de-

Bilde des klinischen Tetanus oder abgeschwächter Formen desselben kennen. Zweitens die Production von Tetanusantitoxin im Blute. Drittens eine Veränderung in der Empfindlichkeit lebender Theile des Körpers gegenüber Tetanusgift».

Das Verhältniss der beiden letztgenannten Effecte zu einander ist von wesentlichem Interesse für die Gewinnung der Blutantitoxine. Die Quantität des Antitoxins im Blute von Thieren, welche durch Giftbehandlung immunisirt worden sind, correspondirt nicht derart mit dem Giftschutz, wie es der Fall sein müsste, wenn die erworbene Immunität ausschliesslich durch die antitoxische Wirkung des Blutes bedingt würde. Mit der Zeit schwindet das Antitoxin aus dem Blute; trotzdem bewahren bisweilen die Versuchsthiere einen so hohen Grad von Giftschutz, dass es zur Unmöglichkeit wird, sie durch erneute Giftgaben zur Reaction und somit zu nennenswerther Antitoxinproduction anzuregen. In diesen Fällen reicht die antitoxische Eigenschaft des Blutes zur Erklärung der Immunität nicht aus, und Verf. nimmt für dieselben an, dass «lebende Theile des Organismus, die vorher giftempfindlich waren, jetzt unempfindlich geworden sind; und» erklärt «damit diese Art des Giftschutzes für die gleiche, wie sie die von Natur giftunempfindlichen Individuen besitzen».

Diese «Gewebsimmunität», wie Behring sie bezeichnet, will streng geschieden sein von der «Antitoxinimmunität». Letztere kann in reiner Form durch Injection fertiger Antitoxine hervorgerufen werden, ist durchaus transitorischen Charakters und nicht mit dem männlichen Samen vom Vater her auf die Nachkommen übertragbar. Nach Ausscheidung des eingeführten Antitoxins erweist sich die ursprüngliche Giftempfindlichkeit der Versuchsthiere völlig unverändert.

Verf. hält mit der Gewebs- und Antitoxin-Immunität noch nicht alle Arten des Krankheitsschutzes für erschöpft; um nun im Allgemeinen diejenige Immunität, welche durch einen besonderen Zustand der Gewebe bedingt ist, von der zu trennen, die auf besonderen Mischungsverhältnissen des Blutes beruht, bringt er die Bezeichnungen hämatogene und histogene Immunität in Vorschlag. (Diese Ausdrücke erscheinen uns nicht recht glücklich gewählt. Wie bereits G. Bunge in seinen Vorlesungen über physiol. Chemie hervorhebt, sollte hämatogen nur in dem Sinne von «blutbereitend» nicht aber «dem Blute entstammend» angewandt werden. D. Ref.)

Im Gegensatz zu der Entstehung von Gewebsimmunität d. h. Gewebsunempfindlichkeit hat Verf. aber auch als Effect der Giftbehandlung unter Umständen ein Ueberempfindlichwerden der Gewebe constatiren können. Den ersten Hinweis auf die Existenz einer Ueberempfindlichkeit fand er in dem Umstande, dass bisweilen die Versuchsthiere weit mehr Antitoxin producirten als bei dem ursprünglichen Stande ihrer Empfindlichkeit zur Paralysirung des eingeführten Giftes erforderlich war. Späterhin wurde direct durch Versuche festgestellt, dass solche Thiere bereits auf einen minimalen Bruchtheil derjenigen Dosis stark reagiren, welche für andere nicht behandelte Thiere derselben Gattung noch indifferent ist. «Das allermerkwürdigste aber ist, dass solche Thiere, die unter dem Einfluss der Giftbehandlung so überempfindlich werden, gleichzeitig ein Serum liefern können, welches in sehr hohem Grade antitoxische Eigenschaften zeigt».

Die genaue Feststellung der Bedingungen unter denen das eine Mal Unempfindlichkeit, das andere Mal Ueberempfindlichkeit durch die Giftbehandlung erzielt wird, verlangt noch weiteres Studium. Immerhin ist die praktische Bedeutung dieser merkwürdigen Verhältnisse für die Heilserumgewinnung nicht zu unterschätzen, wie auch aus den Schlussworten des reicherfahrenen Verf. hervorgeht: «Ich vermeide nach Kräften das Immunwerden meiner Versuchsthiere und versuche statt dessen so lange als möglich dieselben reactionsfähig zu erhalten, um durch sehr zahlreiche Reactionen die Antitoxinproduction sehr lange anregen zu können. Es ist diese Methode mühsamer und langwieriger, als die früher von mir eingeschlagene; es scheint aber, als ob sie die lohnendere ist für die Gewinnung von kräftigem und reichlichem Heilserum».

Wladimiroff.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. Alfred Kast und Dr. Theodor Rumpel: Pathologisch-anatomische Tafeln nach frischen Präparaten. Mit erläuterndem anatomisch-klinischem Text. Chromographie, Druck und Verlag der Kunstanstalt (vormals Gustav W. Seitz) A. G. Wandsbek-Hamburg.

Wir haben bereits vor einiger Zeit an dieser Stelle von dem neuen Tafelwerke gesprochen, welches in monatlichen Lieferungen zu je 4 Blättern Aquarelldruckdarstellungen nach frischen Präparaten aus dem enormen pathologisch-anatomischen Material der Hamburger Staatskrankenhäuser bringt. Es liegen uns bisher 7 Lieferungen dieses Werkes vor und gestatten uns zu constatiren, dass Autoren und Verleger dem eingeschlagenen Wege treu geblieben sind: Das Material ist auf das Sorgfältigste gewählt und mit überraschender Naturtreue bis in die feinsten Farbennuancen hinein wiedergegeben. Jeder einzelnen Darstellung ist eine kurze Krankengeschichte und ein Auszug aus dem Sectionsprotocoll beigegeben.

In der ersten Lieferung finden wir: zwei Darstellungen von Vergiftung mit Schwefelsäure; in dem einen Falle frische Verätzungen der Speiseröhre, des Magens und des Duodenums, in dem anderen narbige Destruction und Schrumpfung der Speiseröhre und des Magens 3 Monate nach stattgehabter Aetzung; ferner idiopathische Varicen im Oesophagus, accessorische Struma der Zungenbasis, Lepra des Pharynx und Larynx, Zottenmelanose des Duodenums.

Die 2. Lieferung enthält: zwei Aneurysmabilder und zwar ein Aneurysma der aufsteigenden Aorta bei gleichzeitiger Insufficienz der Valv. aort. und Wandhypertrophie des enorm erweiterten linken Ventrikels so wie ein Aneurysma eines Pulmonalarterienastes, welches in einer phthisischen Caverne gelegen ist. (N.B. Die Wiedergabe der Schnittfläche durch die ganze tuberculöse Lunge ist ein Meisterwerk coloristischer Darstellung); chronische interstitielle Entzündung der Leber und Leberkapsel mit Beigabe eines mikroskopischen Schnittes; endlich ein Fall von Gangrän (zweifelhaften Ursprungs) im Pharynx und Nasenrachenraum, welche sich bereits auf die benachbarten Schädelknochen ausbreitet.

3. Lieferung: zwei Fälle von Carcinom der Vater'schen Papille; im ersten Falle von mehr knotiger Form — die Erweiterung der Gallenwege ist gut zur Anschauung gebracht — im 2. Falle richtiger Zottenkrebs (Spirituspräparat?) dessen drüsenähnlicher Bau aus dem beigedruckten mikroskopischen Präparat zu erkennen ist; die Serosa einer Dünndarmschlinge und das dazu gehörige Mesenterium bei Miliartuberculose (Schulfall); zwei Längsschnitte durch Röhrenknochen bei perniciöser Anämie und bei Leukaemie.

Die 4. und 5. Lieferung sind der Cholera gewidmet und enthalten 5 Darmpräparate, 2 Nieren und einen Fall von Cholera-exanthem, sowie mehrere mikroskopische Bilder. Auf zweien der Darmbilder ist das charakteristische Aussehen der Serosa von Choleradärmen meisterhaft wiedergegeben — auf den drei anderen finden wir die Mucosa dargestellt, wie sie sich in typischen frischen Fällen, ferner bei consecutiver diphtherischer Degeneration und bei excessiver Schwellung des Follicularapparates (sehr selten) präsentirt. Die Nierenpräparate zeigen makroskopisch und mikroskopisch ein Frühstadium und ein vorgeschritteneres Stadium der constant bei Choleraleichen vorhandenen parenchymatösen Nephritis. Auf das Choleraexanthembild glauben wir besonders aufmerksam machen zu müssen, da unseres Wissens derartige Dinge in unseren Cholerahospitälern nicht häufig beobachtet worden sind.

Die 6. Lieferung bringt einen Fall von Lebercirrhose auf alcoholistischer Basis (rapider Verlauf nach anfänglicher Lebervergrösserung) und vier Sarcompräparate: Periostsarcom des Humerus mit Metastasen im Femur, Marksarcom des Schienbeins und metastatische Sarcomknoten im Dünndarm.

Die 7. Lieferung enthält 6 Bilder aus der pathologischen Anatomie des Herzens: Ulceröse Endocarditis an den Aortenklappen, desgleichen an den Mitralklappen, Endocarditis vegetans der Mitralis, ulceröse-recurrirende Endocarditis der Pulmonalklappen, Degeneration des Herzmuskels in Folge von Verschluss einer Kranzarterie mit Aneurysmabildung, schliesslich hochgradige umschriebene Herzverfettung.

Wir wollen nicht unterlassen das Werk nochmals auf das Wärmste zu empfehlen und besonders darauf hinzuweisen, dass jede Lieferung und sogar jede Tafel für sich einzeln käuflich ist.

Wladimiroff.

Paul Blaschke: Internationaler Lazareth-Sprachführer. II. Abtheilung. Deutsch-Russisch. Riga. Alexander Stieda's Buchhandlung.

Herr Blaschke hat ein Buch in den Handel gebracht, das den Umgang zwischen deutsch-sprechendem Arzte und Wärter und russischsprechendem Patienten und umgekehrt ermöglichen und erleichtern soll. Die Redensarten sind den Bedürfnissen entsprechend gewählt und das Buch geschickt verfasst. Es ist ein gutes Russisch, das wir in den Uebersetzungen der Phrasen und Ausdrücke wiederfinden. Auch die Aussprache und Betonung sind überall gebührend berücksichtigt. Im Anhange finden sich noch kleine deutsch-russische und russisch-deutsche medicinische Wörterbücher. Zudem kann das Buch bequem in der Tasche getragen werden. Wenn wir also dem Werke möglichste Verbreitung wünschen, können wir doch nicht umhin den Wunsch auszusprechen, dass seine eigentliche Verwendung im Kriege noch auf eine unbegrenzt lange Zeit hinausgeschoben sein möge.

K.

Dr. **Paul Börners** Reichs-Medicinal-Kalender für Deutschland auf das Jahr 1894. Herausgegeben von Geh. Sanitätsrath Dr. S. Guttmann. Leipzig, Verlag von G. Thieme. I. Theil nebst Beiheft.

Schon seit geraumer Zeit haben wir Gelegenheit gehabt, alljährlich den von dem unvergesslichen Redacteur der «Deutschen medicinischen Wochenschrift», Dr. Paul Börner — wenn wir uns nicht irren, im Jahre 1881 — begründeten deutschen Reichsmedicinalkalender zu besprechen und unseren Lesern bestens zu empfehlen. Auch in dem neuen vorliegenden Jahrgange hat die Tendenz, den Ansprüchen der fortschreitenden Zeit gerecht zu bleiben, vollen Ausdruck gefunden und sichert demselben dadurch die weiteste Verbreitung. Leider ist Dr. S. Guttmann, welcher nach dem Tode Börner's die Herausgabe des Kalenders übernahm und in verständnissvoller Weise denselben bis jetzt fortgeführt und weiter entwickelt hat, vor einigen Tagen dieser Arbeit durch den Tod für immer entrissen worden.

Der neue Jahrgang enthält in seinem I. Theil, dem geschäftlichen Tagebuch, ausser dem Calendarium und dem Notizbuch wiederum in 18 Abschnitten alle jene Auskünfte, welche dem Arzt in der Praxis auf verschiedenen Gebieten eine zuverlässige und schnelle Orientirung ermöglichen. In dem Berichte befinden sich 12 Abhandlungen praktischen und wissenschaftlichen Charakters, welche von sachkundiger Hand herrühren. Neu unter denselben sind zwei Essays: «Differenzialdiagnostische Uebersicht der klinisch wichtigsten Erkrankungsformen des Gehirns und der Gehirnhäute» von Prof. Eulenburg (Berlin) und eine «Anleitung zur Bestimmung der centralen Sehschärfe, der Refraction und Accomodation» von Prof. Horstmann (Berlin). Den neuen Abonnenten werden die in den früheren Jahrgängen enthaltenen Abhandlungen über wichtige Kapitel aus der med. Praxis für den billigen Preis von 1 Mk. abgegeben; ausserdem wird den Abnehmern des Kalenders Professor Guttstadt's «Gesundheitswesen Deutschlands» zum Vorzugspreise von 6 Mark (statt 10 Mark) geliefert.

Druck und Ausstattung (Ledereinband mit Klappe) des Kalenders lassen nichts zu wünschen übrig und ist in vielen Abschnitten des Inhalts die bessernde Hand nicht zu verkennen. — Der II. Theil, welcher gewöhnlich später erscheint, ist uns noch nicht zugegangen.

Bernhoff.

Protokolle des V. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte

in Jurjew (Dorpat).

1.—3. September 1893.

Erste Sitzung.

Mittwoch den 1. September 1893. 12 Uhr Mittags.

1. Der örtliche Kreisarzt Herr Dr. C. Ströhmberg eröffnet statutenmässig den Aerztetag.

2. In seiner Function als Cassaführer des Vereins verliest Herr Dr. C. Ströhmberg den Cassabericht für die Zeit vom 14. Sept. 1892 bis zum 1. Sept. 1893; derselbe wird acceptirt.

3. Das Stadthaupt der Stadt Jurjew Herr Dr. von Bock begrüsst im Namen der Stadt den Aerztetag mit warmen Worten.

4. Zum Orte des nächsten Aerztetages wird Wolmar bestimmt; die Zeit zu bestimmen, wird dem Praesidium überlassen.

5. Es finden die statutenmässigen Wahlen statt: zum Präses wird Herr Dr. **Truhart**-Fellin, zum Secretair Herr Dr. **Eduard Schwarz-Riga**, zum Cassaführer Herr Dr. **Apping**-Wolmar gewählt.

6. Der Präses Dr. Truhart begrüsst die Versammlung mit folgenden Worten:

Hochgeehrte Versammlung:
Sehr geehrte Herren Collegen!

Die grosse Ehre, die Sie mir durch die Wiederwahl zum Präses dieser würdigen Versammlung erweisen, sie soll mir ein weiterer Sporn sein in dem Bestreben, das Zutrauen unserer Aerzte zu wahren und in sachlich objectiver Weise an dieser Stelle des mir anvertrauten Amtes zu walten!

Empfangen Sie meinen verbindlichsten Dank! Empfangen Sie zugleich ein herzliches Willkommen zu unserem V. Aerztetag! Ihnen hochgeehrte Herrn Collegen, die Sie anderen Provinzen des Reiches entstammen, Ihnen gebührt herzlicher Willkommengruss, den ich im Namen der Gesellschaft livländischer Aerzte Ihnen hiermit entbiete, zugleich unser wärmster Dank; gereicht doch Ihre Anwesenheit uns zur Ehre! «Seien Sie herzlich willkommen!»

Mit Genugthuung und nicht ohne Stolz können wir constatiren, dass eine so stattliche Anzahl von Vertretern des ärztlichen Standes bis hierzu — wenigstens bei Eröffnung der bisherigen Aerztetage — unsere Versammlung noch nicht geschmückt hat. Und wenn wir auch geneigt sind, hierin ein weiteres Unterpfand für die Existenzberechtigung und Lebensfähigkeit, sowie eine sichere Gewähr für die Anerkennung der zu erstrebenden Ziele, ja vielleicht auch einzelner Erfolge unseres jungen Vereins zu erblicken, so sind wir doch, da unser Vollbringen nicht unwesentlich hinter unserem Wollen zurückgeblieben, weit davon entfernt, jene freudige Thatsache eigenem Verdienste zuzuschreiben, vielmehr sind wir uns dessen voll bewusst, dass dem diesjährigen Aerztetage eine ganz besondere Anziehungskraft die Wahl des Versammlungsortes verliehen hat, die Stätte, an welcher unsere wissenschaftliche Wiege gestanden — die Mauern unseres allgeliebten Dorpats, die discreten Zeugen so mancher Thorheit aus goldener Jugendzeit! Da drängt es mich in unser Aller Namen für den gastlichen Empfang, der uns bei unserem Einzug geworden und für den freundlichen warmen Gruss, der heute uns entboten, den hiesigen Collegen und dem hochgeehrten Haupte dieser Stadt auch von dieser Stelle aus den wärmsten Dank zu weihen! Aber nicht allein die Rückerinnerungsbilder der froh verlebten Wanderjahre unseres Lebens sind es, die heut' an unserem geistigen Auge vorüberziehen. Ernst mahnend ruft der würdige Dom mit Bibliothek und Klinik das Gedächtniss an die Zeiten in uns wach, da einst es uns vergönnt war, an dieser von Alters her bewährten, weit über die Grenzen unseres Reiches rühmlichst anerkannten Hochschule die Lehrjahre zuzubringen und unter der Leitung hervorragender gelehrter Männer in ernstem Streben und edlem regem Wettbewerb um die Siegespalme des Doctorhutes zu ringen. Mit ganz besonderer Freude hat es uns daher erfüllt, dass auf den Aerztetagen uns Gelegenheit geboten, auch die persönlichen Bande mit der Universität von Neuem und immer enger wiederum zu knüpfen. Würdig sehen wir auch heute hier den Lehrkörper unserer Landesuniversität vertreten. Freudigen Herzens heisse ich daher Sie, hochgeehrte Herrn Professore und Glieder der medicinischen Facultät in unserer Mitte willkommen!

Die Reihe der Lehrer aus unserer Jugendzeit ist freilich schon stark gelichtet, theils haben sie zu unserem tiefen Schmerz die Universität verlassen, theils birgt die Mutter Erde schon ihr Haupt. Sie aber meine Herrn fordere ich auf, in ehrfurchtsvollem Gedächtniss an diese, unsere alten Lehrer sich, wie ein Mann von Ihren Plätzen zu erheben. (Die Versammlung erhebt sich):

Gilt es doch der alten «alma mater Dorpatensis» den schuldigen Tribut der Pietät und Dankbarkeit zu zollen!

Sei es mir gestattet, meine Herrn, zum Schluss noch dem Wunsche und der Hoffnung Ausdruck zu verleihen, dass, auf dem sicheren Fundamente ernster Arbeit ruhend, auch dieser Aerztetag erfüllt sein möge von wahrhaft wissenschaftlichem Streben und Geiste; möge, wie in früheren Jahren uns auch dieses Mal die gleiche Arbeitsfreudigkeit beseelen und wenn dann in der Discussion die Geister auf einander platzen und die Ansichten auch noch so sehr auseinander gehen, dennoch stets dieselbe collegiale, ritterliche Kampfesweise in der Debatte walten!»

7. Zum Gehilfen des Secretairs wird, um gleichzeitig auch in der Universitätsstadt eine ständige Vertretung der Gesellschaft livländischer Aerzte zu haben, Herr Dr. C. **Ströhmberg** vom Präses proponirt und von der Versammlung als solcher gewählt.

8. Der Präses Dr. Truhart-Fellin giebt einen **Rückblick über die Thätigkeit der Gesellschaft livländischer Aerzte seit ihrer Gründung.**

«Ein Quinquennium ist verflossen, seit es der auf Initiative der Aerzte in Fellin ad hoc zusammenberufenen Aerzte-Versammlung gelingen sollte, die Gesellschaft livländischer Aerzte in's Leben zu rufen: eine Idee, die schon in den 40-er Jahren unter den Aerzten Wolmar's die erste Anregung und im Jahre 1883 Dank der Initiative des leider zu früh verstorbenen Prof. Dr. Ed. von Wahl durch Ausarbeitung eines diesbezüglichen Statutes schon festere Gestalt gewonnen hatte. Letzterem wurde damals zu allgemeinem Bedauern in den Aerztekreisen die erforderliche obrigkeitliche Bestätigung vorenthalten.

Das Bedürfniss nach einem engeren Zusammenschluss der Aerzte von Stadt und Land machte sich von Jahr zu Jahr immer mehr geltend, handelte es sich doch nicht nur darum, ärztliche Standesinteressen zu pflegen, dem lange ersehnten Wunsche nach gegenseitiger wissenschaftlicher Anregung Ausdruck zu verleihen, waren es doch vielmehr weit über die persönliche Interessensphäre der Aerzte selbst hinausgehende wichtige Fragen, die das allgemeine Volkswohl und das Medicinalwesen des Landes betreffend, schon seit geraumer Zeit eingehender, sachverständiger Berathung und endgültiger Lösung harrten.

Noch ein Mal galt es also den Versuch zu machen für in Livland von Stadt zu Stadt wandernde Aerztetage die Bestä-

tigung von Seiten der Regierung zu erwirken. Auf der in Fellin am 27. und 28 November 1888 tagenden Aerzteversammlung, fand der Gedanke unter den Vertretern des ärztlichen Standes aus Stadt und Land durchweg die sympathischste Aufnahme und wurden Dr. C Ströhmberg-Dorpat und Dr. H. Truhart-Fellin von derselben beauftragt definitiv ein diesbezügliches Statut auszuarbeiten und die erforderlichen Schritte wo gehörig behufs Auswirkung der Bestätigung zu ergreifen.

Die sich eng an das Statut der Pirogow-Gesellschaft anschliessenden Statuten, bei deren Redaction sich Dr. Ströhmberg ein hervorragendes Verdienst erworben, wurden am 25. Februar 1889 der livländischen Medicinal-Abtheilung unterbreitet, von dieser sowohl, wie von der livl. Gouvernements-Regierung warm befürwortet und nach wohlwollender Begutachtung von Seiten des Medicinal-Departements am 6. Juli 1889 von dem Herrn Minister des Innern bestätigt. Schon am 2. October desselben Jahres erfolgte, und zwar in Wolmar, die feierliche und officielle Eröffnung der Gesellschaft livländischer Aerzte durch den damaligen Medicinal-Inspector Dr. med. Nic. Hess, und zum 5. Male tritt heute der livländische Aerztetag zusammen, nachdem er in jährlicher Aufeinanderfolge in Wolmar, in Wenden, in Walk und abermals in Wenden getagt.

Durchschnittlich wurden die bisher abgehaltenen 4 Aerztetage von 95 Aerzten (Minimum 76, Maximum 126) besucht und haben sich in's Gesammt 59 Aerzte an denselben mit Vorträgen betheiligt. Von den für die Aerztetage in Summa 104 angekündigten Vortragsthematen kamen thatsächlich nur 98 zum Vortrag, da der eine oder der andere der Herren Aerzte im letzten Augenblicke durch Berufspflichten am Erscheinen verhindert war. Wie aus der folgenden statistischen Zusammenstellung ersichtlich, nehmen die Vertreter unserer Landesuniversität die erste Stelle unter der Zahl der Vortragenden ein, doch folgen die Aerzte unserer Metropole Livlands ihnen hart auf dem Fuss; während die übrigen Vorträge sich gleichmässig auf die Aerzte der kleinen Städte, des flachen Landes und die übrigen Provinzen vertheilen.

A. Statistische Uebersicht über die Zahl der Vortragenden nach dem Wohnsitz.

Wohnort der Aerzte	Anzahl der vortragenden Aerzte.	Anzahl d. gehaltenen Vorträge.
Dorpat.	18 (6 Professore, 4 Docenten, 8 pract. Aerzte)	35
Riga	20	33
Livlands kleine Städte	7	11
Livländ. Landärzte	7	10
Petersburg	5 (1 Professor, 4 pract. Aerzte)	6
Curland	2	3
In Summa	59 Aerzte	98 Vorträge.

B. Gruppirung der Vorträge nach dem Inhalt.

Die Vorträge behandelten Themata aus folgenden Gebieten:

1) Physiologische Chemie; pathologische Anatomie; Bacteriologie	4	Vorträge
2) Innere Medicin	15	»
3) Chirurgie, Hautkrankheiten, Lues, Lepra	23	»
4) Geburtshilfe und Puerperalerkrankungen	11	»
5) Gynäkologie	3	»
6) Psychiatrie und Nervenkrankheiten	12	»
7) Ophthalmologie	12	»
8) Otiatrie	3	»
9) Gerichtliche Medicin	5	»
10) Hygiene (inclusive das Medicinalwesen in den Städten und auf dem Lande)	10	»
In Summa	98	Vorträge

Schon aus diesen einfachen Daten dürfte genugsam hervorgehen, dass es an regem Eifer unter den Mitgliedern unseres Aerztevereins nie gefehlt hat, ja nur zu häufig reichte auf den Aerztetagen die Zeit nicht hin, um den vorhandenen Stoff auch in der Discussion zu bewältigen. Wenn die Vorträge in der weit übergrossen Mehrzahl practisch-ärztliche resp. rein fachwissenschaftliche Themata zum Inhalt hatten, so sind es doch eine ganze Reihe anderer, welche wichtige allgemeine sanitäre Fragen des Landes behandelnd auch weit über die ärztlichen Kreise hinaus das Interesse des ausserhalb desselben stehenden Publicums in Anspruch nehmen. Wie aus der letzten Gruppe ersichtlich, beschäftigten sich 10 Vorträge allein mit Fragen der Hygiene und des öffentlichen Sanitätswesens in Stadt und Land; sie waren auch die, welche an Umfang des Materials, an Eifer in der Discussion und Mühe der Bearbeitung weit über die anderen hervorragten. Aus der Zahl der letzteren seien speciell folgende namhaft gemacht: 1) Ueber Charakter, Verbreitung und Bekämpfung der Lepra; 2) Zur Verbreitung und Abwehr der Lues. 3) Zur Statistik und Bekämpfung des Trachoms in Livland. 4) Die Hospitalfrage. 5) Die Reorganisation des Hebammenwesens. 6) Die Fürsorge für die Geisteskranken auf dem Lande.

Die Bearbeitung dieser Fragen, von denen die meisten bei ihrer Wichtigkeit Gegenstand wiederholt auf den Aerztetagen gepflogener Verhandlungen waren, machten eingehende statistische Sammelforschungen, sowie Detailberathungen in ad hoc gewählten ärztlichen Specialcommissionen erforderlich und mit Genugthuung können wir constatiren, dass mit Ausnahme des Entwurfes zur Bekämpfung der Lues, über deren Verbreitung in Livland zunächst noch eine Enquête veranstaltet wird, die anderen Fragen in unserem Kreise ihren principiellen Abschluss gefunden haben und in Form von Druckschriften, wie Sie solches Nachstehendem entnehmen werden, den Verwaltungsorganen unseres Landes, resp. den gesetzgebenden Institutionen unterbreitet worden sind, in deren Händen nunmehr ihr weiteres Schicksal liegt.

1) Zur Leprafrage.

Vorträge:

I. Aerztetag Prof. Dr. Ed. v. Wahl, Prof. C. Dehio und Dr. O. Petersen.
II. » Dr. W. Zoege von Manteuffel, Dr. O. Petersen und Prof. C. Dehio.
III. » Dr. W. Zoege von Manteuffel.
IV. » Prof. C. Dehio und Dr. A. Reisner.

Die hochinteressanten Vorträge über die Lepra und die lebhaften sich an dieselben knüpfenden Debatten haben nicht nur dazu beigetragen über das weite und rasche Umsichgreifen dieser perniciösen Krankheit hier zu Lande Aufklärung zu schaffen, sie führten auch zur unabweislichen Erkenntniss dessen, dass die Infection auf dem Wege der Contagion stattfinde, dass mithin der ganzen Landesbevölkerung eine grosse Gefahr erwüchse, wenn nicht energische Maassnahmen ergriffen würden, die geeignet wären, dem bisherigen uneingeschränkten Umsichgreifen vorzubeugen. Die Gründung der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra, die gegenwärtig schon eine nach vielen Richtungen hin segensreiche Thätigkeit entfaltet, dürfen wir mit Recht als eine Frucht kennzeichnen, die die Arbeit auf unseren Aerztetagen gezeitigt. Auf die bisherigen Errungenschaften jener Gesellschaft brauche ich hier nicht näher einzugehen, da laut der Tagesordnung Herr Dr. Zoege von Manteuffel, als Verwaltungsrath derselben die Liebenswürdigkeit haben wird, über den Bestand und die Wirksamkeit jener Gesellschaft hierselbst Bericht zu erstatten.

2) Ueber Verbreitung und Bekämpfung der Lues in Livland.

Vortrag: III. Aerztetag: Dr. Adolf von Bergmann.

Als Endresultat der eingehenden sich an den Vortrag anschliessenden Debatte ergab sich, dass behufs sicherer Feststellung der Verbreitung der Syphilis Allem zuvor erforderlich sei, in Grundlage einer rationellen Eintheilung ihrer Formen eine statistische Enquête im Laufe der folgenden Jahre zu veranstalten und alsdann erst an die Berathung der zweckentsprechenden Mittel zur Abwehr der Lues geschritten werden könne. Mit der Veranstaltung einer solchen Enquête wurde ich von dem damaligen Aerztetag betraut und gleichzeitig eine Commission bestehend aus den Aerzten DDr. A. v. Bergmann, W. Zoege von Manteuffel, Rud. Heerwagen und mir gewählt, welche die Aufgabe hatte, nach Feststellung der statistischen Daten ein Reglement zur Untersuchung der Prostitution und den Plan des Kampfes gegen die Syphilis auszuarbeiten und dem Aerztetage zur Berathung vorzulegen. Unter Mithilfe der Kreis- und Stadtärzte Livlands hoffe ich die statistische Seite der Arbeit zu Anfang des nächsten Jahres abschliessen und dem 6. Aerztetag die Resultate der Commissionsberathungen vorlegen zu können.

3) Zur Statistik und zur Bekämpfung des Trachoms in Livland.

Vorträge: III. Aerztetag: Dr. A. Eeck.
IV. » Dr. A. Oehrn und Dr. H. Truhart.

Bezüglich des Kampfes gegen die Verbreitung des Trachoms hier im Lande, eine Frage deren gefahrdrohende Bedeutung für das Wohl der Landbevölkerung durch die fleissige statistische Arbeit Dr. Oehrn's in's richtige Licht gestellt worden und welche dem Wunsche des livländischen Aerztetages entsprechend von sachverständiger Seite wiederholt in unserer Tagespresse öffentlich behandelt worden ist, lässt sich anführen, dass meinerseits in Anlass einer diesbezüglichen Aufforderung von Seiten der livländischen Gouvernements-Verwaltung zu Anfang dieses Jahres ein ausführliches Project, betitelt «Der Kampf gegen das Trachom in Livland» ausgearbeitet worden ist, welches gegenwärtig dem Medicinal-Departement zur Begutachtung unterbreitet worden.

4) Die Hospitalfrage.

Vorträge:

III. Aerztetag: Dr. O. Koppe, Dr. J. Müller und Dr. E. Behse.
IV. » Dr. J. Müller und Dr. A. Katterfeld.

5) Zur Reorganisation des Hebammenwesens.

Vorträge:

II. Aerztetag: Dr. J. Meyer, Dr. Katterfeld und Dr. Fr. Hach.

IV. » Dr. N. v. Stryk, als Referent einer ad hoc gewählten Commission.

6) Die Fürsorge für die Geisteskranken auf dem Lande.

Vorträge:

I. Aerztetag: Dr. H. Dehio und Dr. A. Mercklin.

Meine Herrn! Der Mangel einer einheitlichen Organisation des Medicinalwesens in Livland, die Ueberfülle der Aerzte in den Städten und die Unzulänglichkeit der ärztlichen Hilfe auf dem Lande legten der Gesellschaft livländischer Aerzte die Pflicht auf den ursächlichen Momenten näher zu treten, auf welche diese, bei den relativ vorgeschrittenen Culturverhältnissen und dem Wohlstande unserer Landbevölkerung sich immer schwerer fühlbar machenden Uebelstände zurückzuführen seien. Es ist daher erklärlich, dass kaum ein Aerztetag vorübergegangen, auf welchem nicht einschlägige Fragen eingehende sachliche Erörterung gefunden haben. Wir dürften nicht irren, wenn wir speciell als solche in den Vordergrund stellen den vollständigen Mangel resp. Unzulänglichkeit einer Hospitalbehandlung auf dem Lande, wie die auch sonst exceptionell ungünstigen Existenzbedingungen der Landärzte Livlands. Wir als Aerzteverein sind ja nur in der Lage, die im Lande in sanitärer Beziehung vorhandenen Nothstände zu constatiren und im Princip die Mittel zur Beseitigung derselben klarzustellen; den Verwaltungsorganen unserer Provinz liegt es ob, in praxi auf die Beseitigung solcher, von sachverständiger Seite festgestellter und allgemein anerkannter Uebelstände hinzuwirken. Zu um so grösserer Freude gereicht es mir, Ihnen die Mittheilung machen zu können, dass die Reorganisation des Sanitätswesens in unserem Gouvernement zu den hervorragendsten Berathungsgegenständen des im März dieses Jahres stattgehabten ordentlichen Landtages der livländischen Ritter- und Landschaft gehört hat.

Es würde zu viel Zeit in Anspruch nehmen, wenn ich Ihnen meine Herrn, das von mir in dieser Angelegenheit gesammelte Actenmaterial im Detail vorlegen wollte; bei der Wichtigkeit der ganzen Frage und dem speciellen Interesse, welches sich für die Landärzte an dieselben knüpft, gestatten Sie mir aber gewiss in Kürze ein Referat über den Gang und den gegenwärtigen Stand in Sachen der Sanitätsreform, zumal sie bis hierzu noch keine Veröffentlichung erfahren.

Von der Livländischen Gouvernements-Regierung dazu angeregt dem im März 1893 zusammentretenden ordentlichen Landtage ein Project betreffend die Reform des Medicinalwesens in Livland zur Beschlussfassung zu unterbreiten, tagte im Februar dieses Jahres zu Dorpat eine vom Livländischen Adelsconvent erwählte Commission, bestehend aus den Herrn Landräthen: v. Transehe-Taurap und Ed. Baron Campenhausen, sowie dem Herrn Kreisdeputirten R. Baron Staël-Holstein, um jener Aufforderung nachzukommen. Zu dieser Commission wurde ich als Sachverständiger hinzugezogen und erbat mir zur Assistenz den Herrn Collegen J. Müller-Schujenpahlen, der wie Ihnen ja bekannt, in den letzten Jahren sich eingehend und speciell mit der Frage des Hospitalswesens auf dem Lande beschäftigt hatte. Den Commissionsberathungen kamen in reichem Maasse die Früchte der Arbeit auf unseren Aerztetagen zu statten, da alle wesentlichen Fragen auf diesen im Princip schon ihre defenitive Regelung erfahren hatten. Das von der Commission ausgearbeitete und späterhin vom Livländischen Landtage nahezu in vollständig gleichem Sinne acceptirte Project lässt sich in Kürze folgendermassen wiedergeben:

1) Sanitäre Organisation.

In jedem Kirchspiele Livlands ist ein Doctorat, ein Land hospital von etwa 6 Betten und eine Landapotheke zu errichten; fernerhin ein Kirchspielsarzt, sowie eine Kirchspielshebamme anzustellen; kleinere Kirchspiele können sich an grössere anlehnen resp. sich 2 oder 3 zusammenthun. In der Nähe von Städten gelegene Kirchspiele bedienen sich eines in letzteren seinen Wohnsitz habenden Arztes, der als Kirchspielsarzt angestellt wird. Die Wahl der Kirchspielsärzte gehört zur Competenz der Kirchspielsconvente; die Medicinalabtheilung bestätigt die erwählten Aerzte. Die Landhospitäler unterliegen der Aufsicht der Medicinal-Verwaltung resp. der Kreisärzte.

2) Rechte der Kirchspielsärzte.

a) Der Kirchspielsarzt geniesst alle Rechte der im Staatsdienste stehenden Aerzte.

b) Derselbe erhält freie Wohnung, 2 Loofstellen Gartenland, 60 Faden Holz, 450 Pud Heu und 450 Pud Stroh jährlich und als baares Jahreshonorar die Summe, welche sich ergiebt, wenn die Zahl der Revisionsseelen mit 20 multiplicirt wird (durchschnittlich ungefähr 650—750 R. jährlich),

c) Bei diesem Gehalt hat der Kirchspielsarzt freie Praxis, und ist berechtigt pro Fahrt mit der ihm zur Disposition zu stellenden Equipage 1 Rbl. je für die erste und die zweite Stunde und 50 Kop. für jede folgende zu berechnen, bei Nachtfahrten erfolgt ein Zuschlag von 50 pCt. Pro Consultation resp. Recept ist er berechtigt 40 Kop. für die Behandlung im Hospital. 20 Cop. ohne, 40 Cop mit Beköstigung pro Krankentag zu erheben, wobei Medicamente und Verbandstoffe extra zu berechnen und Operationen besonders zu honoriren sind.

Kirchspielsarme, welche ihre Armuth durch ein Zeugniss ihrer Gemeindeverwaltung nachweisen können, sind sowohl ambulatorisch wie stationär auf Kosten ihrer Gemeinde zu behandeln und werden die Curkosten durch die Kirchspielsvorsteher mit Beihülfe der Polizeiinstitutionen resp. der Bauercommissäre beigetrieben.

3) Pflichten des Kirchspielsarztes.

a) Dem Kirchspielsarzte liegt die Pflicht ob, sämmtliche Schulen und Armenhäuser des Kirchspiels 2 mal jährlich in sanitärer Hinsicht zu revidiren und dem Kreis-Sanitätscomité bezügliche Berichte einzusenden.

b) Der Kirchspielsarzt ist verpflichtet die Wärterin des Hospitals von sich aus zu unterhalten.

c) Der Kirchspielsarzt hat die Thätigkeit der Feldschere und Hebammen im Kirchspiel zu controliren.

4) Ueber die Quellen zu Beschaffung der für Sanitätszwecke erforderlichen Mittel.

Die Gewährung von Mitteln zu Sanitätszwecken auf dem flachen Lande gehört zur Competenz des Kirchspielsconvents. Die Kosten für die Salarirung des Arztes sind zu gleichen Theilen von den Höfen und Gemeinden des Kirchspiels aufzubringen, wobei der auf die Gemeinden entfallende Antheil mit 10 Kop. pro Revisionsseele zu berechnen ist. Mit inbegriffen sind hierbei, nach neuerdings von der Gouvernementsregierung zugestandener Bewilligung: die Höfe und Gemeinden der in dem betreffenden Kirchspiele belegenen Kronsgüter; ein hochbedeutsames Zugeständniss, da die Realisirung zweckentsprechender Sanitätseinrichtungen auf dem Lande bisher gerade zufolge dessen auf unüberwindliche Hindernisse stiess, weil die Kronsgüter resp. Gemeinden bei der Repartition bislang nicht hinzugezogen werden durften.

Behufs Gewährung von Unterstützung zum Aufbau von Doctoraten und Kirchspielshospitälern sind den einzelnen Kirchspielen Subventionen bis zum Betrage von 1500 Rbl. für jedes Doctorat und bis zum Betrage von 1000 Rbl. für jedes Hospital aus der Landescasse und zwar ohne Verpflichtung zur Rückzahlung zu bewilligen.

Was die Frage der Reorganisation des Hebammenwesens anlangt, so wurde, wie Ihnen, meine Herren wohl noch erinnerlich, auf dem II. Aerztetage im Anschluss an einen von Dr. J. Meyer-Dorpat gehaltenen Vortrag über diesen Gegenstand und nach lebhafter Debatte darin jedenfalls vollständige Einigung erzielt, dass die Fortschritte der heutigen Wissenschaft bei diesem so überaus wichtigen Zweige sanitärer Hülfeleistung bei uns viel zu wenig practische Verwerthung gefunden und dass es dringend geboten erscheine, baldmöglichst an eine radicale Umgestaltung des Hebammenwesens zum Wohle der Landesbevölkerung, zur Erhaltung der Familie, zum Nutzen für Land und Staat heranzutreten. Einer Specialcommission, bestehend aus den DDr. Meyer, Hach, von Stryk, Katterfeld und Koppe wurde die Aufgabe zu Theil, ein Project betreffend die Reorganisation des Hebammenstandes und des Hebammenwesens für Livland auszuarbeiten. Dieser Aufgabe hatte sich jene Commission in gewissenhafter Sorgfalt hingegeben und den nach allseitiger Prüfung abgefassten Entwurf der vorigjährigen Aerzteversammlung zur allendlichen Schlussberathung überwiesen. Mit nur geringfügigen Abänderungen wurde das neue Hebammenstatut auf dem vorigen Aerztetage acceptirt und gleichzeitig der Vorstand beauftragt, unter motivirendem Hinweis auf die Wichtigkeit und Dringlichkeit des behandelten Gegenstandes das Project der Medicinal-Verwaltung der Livländischen Gouvernementsregierung zu unterbreiten. Desgleichen wurde auf dem letzten Aerztetage einem Antrage der Commission gemäss beschlossen, die im «Prawitelstwenny Westnik» 1887, № 111—113 veröffentlichten «Verhaltungsmaassregeln für Hebammen bei der Beschickung von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen» auszugweise in einem in den 4 landesüblichen Sprachen herauszugebenden Hebammenkalender drucken zu lassen, und hatte sich Herr Dr. J. Meyer freundlichst erboten, denselben herauszugeben.

Der Vorstand hat es selbstredend nicht unterlassen, jenem Auftrage nachzukommen und der Medicinal-Abtheilung sowohl wie auch der gelegentlich des diesjährigen ordentlichen Landtages versammelten Livländischen Ritter- und Landschaft einen gleichlautenden Entwurf unterbreitet.

Herr Dr. J. Meyer hat wiederum, seinerseits seinem Versprechen Erfüllung gebend, den im Auftrage der Gesellschaft livländischer Aerzte redigirten Livländischen Hebammenkalender pro 1894 fertiggestellt, wofür ihm der Dank der Versammlung gebührt, und liegt eine Serie in deutscher Sprache abgefasster Exemplare hierselbst den Herren Collegen zur Einsichtnahme aus.

Im Interesse der Sache liegt es nun aber, dass dieser Hebammenkalender die denkbar weiteste Verbreitung finde, ja in die Hände jeder einzelnen Hebamme in Livland gelange; es müsste daher der Kostenpreis desselben möglichst niedrig gestellt werden. Zur Erreichung dieses Zweckes erlaube ich mir daher im Namen des Vorstandes den Antrag zu stellen, die Gesellschaft livländischer Aerzte möge von sich aus für die Unkosten des Translats und des Druckes die Summe von 100 Rbl. auswerfen.

Der Antrag wird von der Versammlung genehmigt.

Wie mangelhaft und unzureichend es mit der Irrenfürsorge auf dem flachen Lande bei uns bestellt ist, das ist eine leider schon seit lange bekannte Thatsache. Neu und geradezu frappirend waren aber die Daten über die Dichtigkeit der Geisteskranken in Livland, wie eine solche aus den Diagrammen und der Karte hervorging, welche Dr. H. Dehio auf dem 1. Aerztetage zur Illustration seines Vortrages: «Statistische Untersuchungen über die Geisteskranken in Estland und Livland» demonstrirte: aus denselben resultirte, dass das Verhältniss von Geisteskranken zu Einwohnern in Livland sich wie 4,15: 1000 gestaltet, während in anderen Ländern Europa's 3 pro mille das gewöhnliche Verhältniss ist. Der bei dem vollständigen Mangel einer organisirten Irrenpflege hierdurch veranlasste Nothstand fand eine um so grellere Beleuchtung in der Discussion durch Aufzählung nicht vereinzelt dastehender Beispiele rohester Behandlung solcher Kranker, wie Einmauerung, Anschmiedung an einem Block etc., Criminalvergehen die nach Angabe der Kreisärzte zu wiederholten Malen Object der Untersuchung in ihrer gerichtsärztlichen Praxis gewesen. Auch für das Land eine Irrenversorgung im grossen Style, wie die Stadt Riga sie für ihre Geisteskranken besitzt, in's Werk zu setzen, hätte sehr grosse vom Lande sofort aufzubringende Opfer erheischt. Daher plaidirte Herr Dr. Mercklin in einem Vortrage: «über temporäre Asyle für Geisteskranke» dafür, durch zerstreut im Lande gelegene kleine Anstalten für die schweren acuten Fälle zunächst wenigstens ein Provisorium in dieser Nothstandslage zu schaffen.

Der Aerztetag sprach sich damals mit Einstimmigkeit für die Dringlichkeit einer fundamentalen Reform in der Landesirrenpflege aus, die vor Allem die Errichtung zweier grosser Irrenanstalten zu je 500 Betten nothwendig mache. Bei der Aussichtslosigkeit der Verwirklichung eines solchen Projects hielt die Versammlung der Aerzte es jedoch für inopportun, zur Zeit mit positiven dahinzielenden Reformvorschlägen an die competenten Verwaltungsorgane unseres Landes zu gehen und glaubte sich dieselbe daher zunächst darauf beschränken zu müssen, durch Wort und Schrift auch das weitere Publicum, insbesondere auch die maassgebenden Kreise des Landes von jenem schreienden Nothstande in Kenntniss zu setzen.

Vier Jahre waren seit jenem Aerztetage verflossen, das Wort war verhallt, die Schrift der Presse verblasst, ein Provisorium laut Vorschlag Mercklins nicht geschaffen. Ein ordentlicher Landtag der Livländischen Ritter- und Landschaft stand vor der Thür, welcher sich mit fundamentalen Reformen des Sanitätswesens in Livland beschäftigen sollte. Im Interesse der Wohlfahrt des Landes schien es geboten unter den obwaltenden Verhältnissen über den allseitig anerkannten Nothstand des vollständigen Mangels der Irrenversorgung in Livland nicht mit Stillschweigen hinwegzugehen.

Die zu Anfang angeführte Commission des Adelsconvents fühlte sich zwar nicht competent, das Project einer Fürsorge für die Geisteskranken gleichfalls in den enger gestellten Rahmen ihres Commissums mit aufzunehmen, sprach jedoch die Meinung aus, dass Reformprojecte auch nach dieser Richtung gegenwärtig entschieden auf günstigen Boden fallen dürften. Da diese Anschauung auch von anderen hervorragenden Repräsentanten unserer Ritterschaft getheilt wurde, so entschloss ich mich, wenngleich nicht vom Aerztetage speciell dazu autorisirt, im Namen der «Gesellschaft livländischer Aerzte» der im März dieses Jahres zum Landtage versammelten Livländischen Ritter- und Landschaft, an die schon oft bewährte Opferwilligkeit derselben appellirend, das Gesuch einzureichen, auch der Regelung der Irrenfürsorge im Lande ihre Aufmerksamkeit zuwenden zu wollen. Diesem Gesuche war gleichzeitig beigefügt eine umfassende von unserem damaligen Secretären Herrn Dr. H. Dehio-Rothenberg zu diesem Zwecke ausgearbeitete Denkschrift, betietelt: «Vorschläge zur Reorganisation der Irrenpflege in Livland», in welcher der Verfasser zum Schluss dafür plaidirte, die Gründung einer grösseren Irrenanstalt für 200 Kranke in's Auge zu fassen.

Trotz warmer Fürsprache war es leider nicht gelungen, die Majorität im Landtage für Realisirung des Projects zu gewinnen. Mittelst eines vom 8. April a. c. sub № 1914 vom Livländischen Landrathscollegium an die Gesellschaft livländischer Aerzte gerichteten Schreibens wurde mir folgende Resolution zu Theil:

«In Uebereinstimmung mit dem vom Adelsconvent gefassten Beschlusse hat auch der letzthin versammelt gewesene Landtag bei vollständiger Anerkennung der in Bezug auf die Irrenpflege herrschenden Nothstände, der Erwägung Raum geben müssen, dass da, wenn in durchgreifender Weise Abhülfe geschaffen werden soll, ein landschaftlich reich dotirtes Institut begründet werden müsste, es bedenklich sei im gegenwärtigen Zeitpunkte hiezu die Initiative zu ergreifen, indem die in Kürze bevorstehende Prästandenreform ganz besonders auf die Regelung des Sanitätswesens und die Verwaltung der diesem Zwecke dienenden landschaftlichen Institute höchst wahrscheinlich von tiefgreifendem Einfluss sein wird.»

Es erübrigt mir nur noch Sie, meine Herren, wegen meines unautorisirten Vorgehens in dieser Sache um Indemnität zu bitten, gleichzeitig Sie aber darum zu ersuchen, Herrn Dr. H. Dehio für die zeitraubende und mustergültige Arbeit den Dank der Gesellschaft zu votiren.

(Die Versammlung ertheilt dem Präses Indemnität und votirt ihrem früheren Secetären, Herrn Dr. H. Dehio ihren Dank.)

Zum Schluss liegt mir noch die Pflicht ob, in Sachen der Pensionscasse für Wittwen und Waisen der Aerzte zu referiren.

Wie Ihnen bekannt, waren von Seiten der Regierung an dem ursprünglichen Statutenentwurf mehrfache unwesentliche Abänderungen gemacht, unter anderen aber auch der Statutenpunkt gestrichen worden, laut welchem gleichfalls den Aerzten der anderen Gouvernements des Reichs das Recht zustände, der Casse als Mitglieder beizutreten. Da nun die ganze der Pensionscasse zu Grunde liegende Berechnung eine Betheiligung von 100 Mitgliedern zur Voraussetzung hat, aus Livland sich aber nicht so viel Candidaten gemeldet hatten, so konnte die Casse im vorigen Jahre nicht in's Leben gerufen werden. Im Hinblick darauf, dass auch von den Aerzten der Nachbarprovinzen insbesondere von Kurland her mehrfach der Wunsch laut geworden war, sich an der Casse zu betheiligen, beauftragte der vorig-jährige Aerztetag den Vorstand, gehörigen Ortes Schritte zu ergreifen, um eine Aenderung des Statuts in dem Sinne zu erwirken, und auf diese Weise das Zustandekommen der Casse zu sichern.

Diesem Auftrage hat der Vorstand Folge gegeben, doch ist bis hiezu eine Antwort von Seiten des Medicinaldepartements noch nicht eingetroffen*).

(Fortsetzung folgt).

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Ein neues Antipyreticum, Antirheumaticum und Anodynum wird von der Gesellschaft für chemische Industrie in Basel unter dem Namen «Malakin» in den Handel gebracht. Es ist eine Verbindung von p. Phenetidin mit Salicylaldehyd; bildet kleine hellgelbe, in Wasser unlösliche geschmacklose Nadeln und ist dem Phenacetin nahe verwandt. In Einzeldosen von 1,0, in Tagesdosen von 4,0—6,0 zeigt es keinerlei üble Nebenwirkungen, setzt die Körpertemperatur allmählich (ohne Schweiss und Collaps) herab, wirkt bei acutem Gelenkrheumatismus ebenso sicher wie die Salicylpräparate, aber ohne deren unangenehme Nebenwirkungen. Auch bei Migräne, Neuralgien etc. ist es zu empfehlen.

(Dr. A. Jaquet im Correspbl. f. Schweizer Aerzte № 18).

Vermischtes.

— Der medicinischen Facultät der Universität Jurjew (Dorpat) steht wiederum der Verlust einer hervorragenden tüchtigen und wissenschaftlich leistungsfähigen Lehrkraft bevor. Professor Dr. R. Thoma, welcher im Jahre 1883 als Nachfolger des verstorbenen Prof. Arthur Böttcher auf den Lehrstuhl der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie nach Dorpat berufen wurde, ist um seinen Abschied eingekommen und gedenkt zu Ostern seine Lehrthätigkeit an der genannten Universität aufzugeben.

— Die St. Petersburger Gesellschaft der Kinderärzte hat die Professoren J. M. Balinski (Psychiater in St. Peters-

*) Anmerkung. Mittlerweile ist von Seiten des Medicinaldepartements mittelst Schreiben vom 8. October 1893 sub № 1679 die vom livländischen Aerztetage gewünschte Statutenänderung in positivem Sinne entschieden worden.

burg), N. F. Filatow (Pädiater in Moskau) und N. A. Tolmatschew (Pädiater in Charkow) zu Ehrenmitgliedern erwählt.

— Dem Arzt des Instituts der Ingenieure der Wegecommunication, Geheimrath Dr. M. Rosenberg, wurde am 6. December bei der Feier seines 40-jährigen Dienstjubiläums von dem Personal des Instituts und den Verehrern des Jubilars eine Summe von 500 Rbl. zur Verfügung gestellt, welche derselbe zur Behandlung von unbemittelten kranken Studirenden des Instituts zu verwenden hat.

— Der Professor der Psychiatrie an der militär-medicinischen Academie, Dr. Bechterew, ist von der Gesellschaft der Neuropathologen und Psychiater in Kasan, deren Präsident er vor Kurzem noch war, einstimmig zum Ehrenmitgliede gewählt worden.

— Ernannt: der Flaggmanndoctor der Baltischen Flotte, Collegienrath Knorre — zum Flaggmannarzt des Stabes des älteren Flaggmanns der I. Flottendivision.

— Verabschiedet nach Ausdienung der gesetzlichen Jahre: der Professor emeritus der Ohrenheilkunde an der militär-medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Dr. Prussak.

— Verstorben: 1) Am 3. December in St. Petersburg der hiesige Frauen- und Kinderarzt Dr. Napoleon Juschkewitsch im 50. Lebensjahre. Nach Erlangung des Arztgrades i. J. 1868 war der Verstorbene längere Zeit Kreis- und Landschaftsarzt in Lipezk (Gouv. Tambow), über dessen Mineralquellen er eine interessante Brochüre veröffentlicht hat. 2) In der Irrenanstalt auf der Peterhofer Chaussee bei Petersburg am 3. December der hiesige Arzt, Staatsrath Dr. August Pfeiffer im Alter von 51 Jahren. 3) In Charkow der Director der dortigen Feldscherschule Dr. Anatol Wenjukow, 51 Jahre alt. 4) In Berlin der Geh. Sanitätsrath Dr. S. Guttmann, Redacteur der von dem verstorbenen Dr. Paul Börner begründeten trefflichen «Deutschen medicinischen Wochenschrift», sowie des weit verbreiteten «Reichs Medicinal-Kalenders für Deutschland», im 53. Lebensjahre an der Influenza. 5) Dr. Germain Dupré, Honorarprofessor der medicinischen Facultät in Montpellier, im 83. Lebensjahre.

— Prof. Baccelli in Rom, der bekanntlich Präsident des bevorstehenden IX. internationalen medicinischen Congresses ist, hat in dem neuen Ministerium Crispi wieder das Unterrichts-Portefeuille übernommen, welches er bereits in den Jahren 1880—84 inne hatte.

— An Stelle des vor Kurzem verstorbenen Sir Andrew Clark ist Dr. Russel Reynolds zum Präsidenten des Royal College of Physicians in London gewählt worden. Dr. Wilks erhielt im zweiten Wahlgange nur 3 Stimmen weniger.

— Der Professor der Physiologie an der Universität Graz, Dr. Alexander Rollet, d. Z. auch Präsident der steiermärkischen Aerztekammer, beging am 10. Decemb. n. St. sein 30-jähriges Docentenjubiläum.

— Dem bekannten Gynäkologen, Privatdocenten der Berliner Universität, Dr. A. Martin, ist der Professortitel verliehen worden.

— Stabsarzt Prof. Dr. Behring, Assistent am Institut für Infectionskrankheiten in Berlin, hat in der letzten Sitzung der pharmaceutischen Gesellschaft die Mittheilung gemacht, dass das nach seiner Anweisung hergestellte Diphtherie-Antitoxin von den Höchster Farbwerken dargestellt wird und zu Heilzwecken vorläufig allerdings nur an Krankenanstalten und nur zu Versuchen abgegeben werden wird.
(A. m. C.-Ztg.)

— Das Organisationscomité des 5. Congresses der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an N. J. Pirogow hat folgende Vertheilung der Sitzungen der einzelnen Sectionen ausgearbeitet: 27. December. Erste allgemeine Versammlung um 1 Uhr Nachmittags. 28. December. Von 10—12 Uhr Vormittags: Histologie, Embryologie, Anatomie und Anthropologie, venerische Krankheiten; von 12—2 Uhr: Innere und Infectionskrankheiten, Physiologie; von 2—5 Uhr: Geburtshilfe und Frauenkrankheiten, Militärmedicin; um 8 Uhr Abends: Landschaftsmedicin. 29. December. Von 10—12 Uhr Vormittags: Balneologie und Hydrotherapie, Marinemedicin; von 12—2 Uhr: gerichtliche Medicin, Augenkrankheiten, Hygiene; von 2—5 Uhr: Cholera, Chirurgie: um 8 Uhr Abends: Geschäftliche Sitzung, medicinische Statistik. 30. December von 10—12 Uhr Vormittags: Kinderkrankheiten, Bakteriologie; von 12—2 Uhr: Hygiene, pathologische Anatomie; von 2—5 Uhr: Innere und Infectionskrankheiten, Chirurgie; um 8 Uhr Abends: Oeffentliche Medicin, Nerven- und Geisteskrankheiten. 31. December von 10—12 Uhr: Pharmacie und Pharmakognosie, venerische Krankheiten, vereinigte Sitzung der Sectionen für Hygiene, Marine und Militärmedicin; von 12—2 Uhr: Allg. Pathologie, Elektrotherapie, Kinderkrankheiten; von 2—5 Uhr: Geburtshilfe und Frauenkrankheiten, Pharmakologie, Cholera; um 7 Uhr Abends: Aerztliche Standesfragen. 1. Januar um 8 Uhr Abends: Landschaftsmedicin. 2. Januar von 10—12 Uhr: Hautkrankheiten, Physiologie; von 12—2 Uhr: allgemeine Pathologie, Hals- und Ohrenkrankheiten, medicinische Statistik; von 2—5 Uhr gerichtliche Medicin, Chirurgie; um 8 Uhr Abends: Geschäftliche Sitzung, officielle Medicin. 3. Januar: Zweite allgemeine Versammlung um 1 Uhr Nachmittags.

— Eine Monatsschrift für praktische Wasserheilkunde und verwandte Heilmethoden (Mechano- und Elektrotherapie) wird unter Mitwirkung von Professor Eulenburg-Berlin, Professor Rosenbach-Breslau, Sanitäts-Rath Barwinski-Elgersburg und einer Reihe bekannter Hydropathen demnächst unter der Redaction von Dr. A. Krüche in München im Verlag von Seits & Schauer daselbst erscheinen. Die Monatsschrift verfolgt den Zweck, durch Austausch praktischer Erfahrungen den Aerzten in Stadt und Land genaueren Einblick in die Verwerthung dieser wichtigen Heilfactoren zu geben. — Durch jede Buchhandlung, sowie direct vom Verlag sind Probenummern kostenfrei zu beziehen.

— Wie der «Wratsch» mittheilt, sind die jungen Aerzte, welche soeben den Cursus an der militär-medicinischen Akademie absolvirt haben, in grosser Zahl sofort als Mitglieder in die medicinische Unterstützungscasse eingetreten und haben ausserdem 660 Rbl. gesammelt, um den ersten Beitrag auch für diejenigen Kameraden, welchen die Mittel dazu fehlen, einzuzahlen.

— Als Ergänzung zu unserer Mittheilung in № 48 dieser Wochenschrift über den neuen Modus der Erlangung des medicinischen Doctorgrades an der Universität Jurjew (Dorpat), fügen wir heute noch hinzu, dass es bezüglich ausländischer Doctoren der Medicin dem Minister der Volksaufklärung anheimgegeben ist, nach Einvernehmen mit dem Minister des Innern, analog den für die übrigen Universitäten geltenden Regeln, die Bestimmungen für die Prüfungen zur Erlangung medicinischer Grade seitens der Doctoren der Medicin ausländischer Universitäten zu erlassen.

— In Charkow haben sämmtliche 62 Examinanden, welche von der medicinischen Regierungs-Commission geprüft wurden, den Arztgrad erhalten. Von den 53 Examinanden der medicinischen Facultät der Kasanschen Universität haben 51 das Arztexamen bestanden, unter ihnen 17 cum eximia laude.

— Das Bezirksgericht in Orel hat vor Kurzem die frühere Verwaltung der Orel-Grjasi-Eisenbahn zur Zahlung von 36,000 Rbl. an die Wittwe und die vier Kinder des Landschaftsarztes Awilow verurtheilt, welcher im vorigen Jahre bei der Eisenbahnkatastrophe auf der Optuchinschen Brücke verunglückte.

— Die Gesellschaft der Aerzte in Wien hat die Eintrittstaxe für neu aufzunehmende Mitglieder von 5 Gulden auf 20 Gulden erhöht. In derselben Sitzung fand auch ein Antrag des Verwaltungsrathes, einen Numerus clausus einzuführen und die Zahl der Mitglieder der Gesellschaft auf 500 zu beschränken, die Zustimmung der Mehrheit der Anwesenden. Gegenwärtig zählt die Gesellschaft 419 Mitglieder.
(W. med. Presse).

— Das Wiener medicinische Doctoren-Collegium hat seine wissenschaftlichen Versammlungen «wegen Ueberbürdung der praktischen Aerzte» bis auf Weiteres eingestellt.

— Das irische Collegium der Aerzte hat den Beschluss gefasst, von jetzt an auch weibliche Aerzte als Mitglieder aufzunehmen. Die Aerztin Winifred ist als erstes weibliches Mitglied aufgenommen worden.

— Der Erfolg der Preisbewerbung um die von dem Könige und der Königin von Italien für die Herstellung von vervollkommneten Einrichtungen auf dem Gebiet der Verwundeten und Krankenpflege ausgesetzten Preis von 10,000 Lire ist hinter den Erwartungen erheblich zurückgeblieben. Trotz neuer und zweckmässiger Constructionen an einzelnen Apparaten ist nichts bemerkenswerthes erreicht, das im Stande wäre, eine wesentliche Verbesserung in der bisherigen Art des Verwundetentransportes zu bewirken. Die Jury, welche aus sieben italienischen und ebensovielen nichtitalienischen Mitgliedern bestand, hat daher die Theilung des Preises in sechs Theile beschlossen. Die Namen der Prämiirten sind noch nicht publicirt worden.

— Am 12. December beging die Universität Jurjew (Dorpat) ihren 91. Stiftungstag mit einem officiellen Act in der Aula. Da die theologische Facultät, an der dieses Mal die Reihe gewesen wäre, einen Festredner zu stellen, darauf verzichtet hatte, so hielt, wie die «N. Dörptsche Ztg.» berichtet, ein Vertreter der juristischen Facultät in russischer Sprache die Festrede. Es sprach der ausserord. Professor des römischen Rechts, Mag. E. Passek, über Kaiser Hadrian's Bedeutung für die Entwickelung des römischen Rechts und des römischen Staates. Hierauf berichtete der Rector Prof. Dr. Budilowitsch über das Ergebniss der von den Studirenden ge-

lösten Preisaufgaben und verlas den ebenfalls in russischer Sprache verfassten Jahresbericht, aus dem wir nächstens Einiges mittheilen werden.

Es gelangten in diesem Jahre 12 Medaillen zur Vertheilung (gegen 13 im vorigen Jahre), und zwar 8 goldene und 4 silberne; ausserdem wurde eine Preisarbeit einer ehrenvollen Erwähnung gewürdigt. Die Preisgekrönten dieses Jahres haben fast alle ihre Studien noch in den 80er Jahren oder in dem Jahre 1890 begonnen; nur 2 von ihnen sind im II. Semester 1891 immatriculirt worden. Ebenso stammen sie bis auf 3 aus den Ostseeprovinzen.

In der medicinischen Facultät waren 2 Preisarbeiten eingegangen, welche beide mit der goldenen Medaille gekrönt wurden. Als Verfasser der Arbeit über das Thema: «Es soll auf Grund anatomischer und klinischer Untersuchungen eine Kritik des augenblicklichen Standes der Lungenchirurgie gegeben werden» — erwies sich der stud. med. Schlioma Grollmann aus Riga, während die zweite Arbeit — über das Thema: «Es ist eine kritische Zusammenstellung aller Versuchsmethoden und der dabei erzielten Resultate zu liefern, welche sich auf die Beeinflussung der Gefässe überlebender Organe durch Arzneimittel und Gifte beziehen, wobei es nothwendig sein wird, zweifelhafte Punkte durch neue Versuche zu prüfen» — den stud. med. Alexander Paldrock aus Livland zum Verfasser hatte. Die beiden pharmaceutischen Preisaufgaben hatten keine Bearbeitung gefunden.

Die volle Robert Heimbürger'sche Prämie im Betrage von 513 R. hat das Conseil der Universität in diesem Jahre dem Professor der Leipziger Universität, Dr. Wilh. Ostwald (früher in Dorpat), für sein «Lehrbuch der allgemeinen Chemie. 2 Bände» zuerkannt.

— Die Choleraepidemie in Russland weist eine beständig fortschreitende Abnahme auf. In den Gouvernements Jelissawetpol, Olonez, Twer, Tobolsk, Tomsk, Ufa und Rjasan sind seit mehr als einem Monat keine Erkrankungen weiter vorgekommen. In der Stadt St. Petersburg allein ist noch immer eine Zunahme der Cholera-Erkrankungen zu constatiren. Vom 9.—15. Dec. erkrankten hierselbst 180 Personen, genasen 90, starben 79 und verblieben in Behandlung 163 Personen, während in der Vorwoche die entsprechenden Zahlen 145, 37, 65 und 152 betrugen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 11. December d. J. 6536 (157 mehr als in der Vorwoche), darunter 244 Typhus — (15 wen.), 723 Syphilis — (15 wen.), 53 Scharlach (6 wen.), 24 Diphtherie — (2 wenig.), 108 Masern — (11 mehr), 31 Pocken — (2 mehr) und 157 Cholerakranke — (40 mehr als in der Vorwoche).

Vacanzen.

Im Kreise Bjelew (Gouv. Tula) ist die Stelle eines zweiten Arztes, als Gehülfen des Landschaftsarztes, welcher das Hospital leitet und den I. medicin. Bezirk besorgt, zu vergeben. Gehalt 600 Rbl. und 300 Rbl. Fahrgelder. Adresse: «Бѣлевская Земская Управа».

2) Im Kreise Tarussa (Gouv. Kaluga) wird eine Landschaftsarztstelle am 1. Januar vacant. Gehalt ca. 1000 R. bei freier Wohnung. Nähere Auskünfte ertheilt die «Тарусская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 5. bis 11. December 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
316	290	606	115	38	92	7	4	22	66	58	72	50	40	35	7	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 11, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 15, Scharlach 10, Diphtherie 9, Croup 7, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 104, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 61, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 30, Marasmus senilis 30, Krankheiten des Verdauungscanals 40, Todtgeborene 21.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 4. Januar 1894.

Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

◆ Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 20. December.

Довв. ценз. Спб. 18 Декабря 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XVIII. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge X. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dorpat. **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten Sprechstunden täglich von 1—2 Uhr Nachm.

№ 52 St. Petersburg, 25. December (6. Januar 1894) **1893**

Ueber die Hyperaciditäts- und Hypersecretionszustände des Magens.

Vortrag gehalten auf dem V. livländischen Aerztetage in Dorpat.

Von

Dr. H. Westphalen.

Prosector am Deutschen Alexander-Männer-Hospital in St. Petersburg.

Hochansehnliche Versammlung!

Es giebt wohl wenig Gebiete der praktischen Medicin, welche im Laufe der letzten 15 Jahre so grosse Umwandlungen erlitten haben, wie die Pathologie der Magenkrankheiten. Wie der Kehlkopf- und der Augenspiegel ihrerzeit, so war es die Einführung des Magenschlauches zu diagnostischen Zwecken durch Leube, welche uns eine Fülle neuer Gesichtspunkte in diagnostischer und therapeutischer Beziehung, sowie in Hinblick auf die Pathologie der Magenkrankheiten eröffnete, uns lehrte, neue wohlcharakterisirte Krankheitsgruppen zu schaffen und andere schon bekannte Krankheitsprocesse in präcisere, enger begrenzte Formen zu kleiden.

Eine Bestätigung des Gesagten sehen Sie, m. H., in der Feststellung der Hyperaciditäts- und Hypersecretionszustände des Magens durch Reichmann im Jahre 1882[1])

Zuerst mehr als ein pathologisches Curiosum betrachtet, ist die in Rede stehende Erkrankung, hauptsächlich dank den Bemühungen Jaworski's und besonders Riegel's, immer mehr in den Vordergrund des Interesses gerückt. Dieser Umstand sowie die relative Häufigkeit des Leidens gerade in den Ostseeprovinzen waren es, welche mich bewogen, Sie, m. H., zu bitten, Ihre Aufmerksamkeit auf kurze Zeit der genannten Krankheitsform zuwenden zu wollen.

Nach Reichmann's Vorgang bezeichnet man als Hypersecretion des Magensaftes ein Verhalten des Ma-

[1]) Reichmann. Berl. klin. Wochenschr. 1882.

gens, bei welchem derselbe nicht allein auf den Reiz der Speisen, wie physiologisch, sondern auch bei speisefreiem Verhalten eine vermehrte Saftsecretion aufweist. Je nach der Verlaufseigenthümlichkeit unterscheidet man allgemein 2 Formen des Magensaftflusses: eine periodische oder acute und eine continuirliche oder chronische Form.

Als Typus der periodischen Hypersecretion dürften die gastrischen Krisen der Tabetiker (Sahli) hinzustellen sein. Jedoch hat es den Anschein, als ob Tabespatienten auch zu continuirlichen Hypersecretionszuständen hinzuneigen scheinen. Ich habe bisher 2 mal Gelegenheit gehabt, Tabetiker auf ihren Mageninhalt zu prüfen und bei beiden leichte Hyperaciditäts- und Hypersecretionsverhältnisse constatiren können, ein dritter, weniger genau untersuchter Fall scheint diese Voraussetzung zu bestätigen.

Gastrische Krisen mit deutlicher Periodicität und nachweislich starker Hypersecretion des Magensaftes habe ich ferner beobachtet bei einem Kranken, bei welchem, wie der therapeutische Effect lehrte, das ursächliche Moment der Krisen in einem luetischen Processe im Dorsalmarke angenommen werden musste. Nach Leyden[2]) und Charcot soll periodisches Erbrechen auch bei Myelitis und Herdsklerose vorkommen. Schliesslich wird auch von den Franzosen auf das Vorkommen periodischer Hypersecretion bei Neurasthenikern aufmerksam gemacht, bei denen von einer organischen Veränderung im Centralapparat keine Rede sein kann. In dieselbe Gruppe dürften auch die von Wilkens[3]), sowie von Johnson und Behm[4]) referirten Krankengeschichten rubriciren. Ebenso dürften einem ähnlichen Gesichtspunkte auch diejenigen Zustände von hyperacid-hypersecretorischem Erbrechen zu unterwerfen sein, welche von Rossbach[5]) und Jürgensen[6]) als «Gastroxynsis nervosa» beschrieben sind. Dieselben sollen stets nach geistiger Ueberarbeitung auftreten und mit wüthenden halbseitigen Kopfschmerzen einhergehen.

Während hier bei der periodischen Hypersecretion der nervöse Charakter des Leidens offen zu Tage liegt, handelt es sich bei der continuirlichen Hypersecretion um wesentlich complicirtere Verhältnisse. Daher erklärt es sich auch, woher in der theoretischen Beurtheilung des Leidens hier die Ansichten der Autoren so wesentlich auseinandergehen. Drei Anschauungen werden hier vertreten: Die Hypersecretion soll die Folge sein 1) einer primär motorischen Störung des Magens, 2) einer primär sensiblen, 3) einer primär nervösen.

Zunächst ist es Schreiber[7]) welcher die Hypersecretion als besondere Krankheit sui generis vollständig leugnet und in derselben lediglich die Folge einer Gastrektasie erblickt. Von dem — allerdings von ihm fast ausschliesslich allein vertretenen Standpunkte — ausgehend, dass der normale Magen stets auch nüchtern Secret abscheide, glaubt Schreiber, dass bei der Gastrektasie der Reiz der im Magen stagnirenden Massen gelegentlich eine Hypersecretion bewirken kann. Einen mehr vermittelnden Standpunkt vertritt Boas[8]). Indem er einerseits dem continuirlichen Magensaftfluss eine selbständige Stellung unter den Magenneurosen einräumt, ist er jedoch andererseits geneigt für andere Fälle eine mehr mechanische Entstehungsart anzunehmen. Die von ihm als «Myasthenia gastrica» bezeichnete Atonie des Magens soll eine Stagnation der Ingesta bewirken und diese wiederum ihrerseits durch Reizung der Mucosa zur Hypersecretion führen. Es ist dieses eine Anschauung, welche sch früher einmal, wenn auch nur ganz hypothetisch, v Minkowski[9]) geäussert wurde. Unabhängig von Bo hat sich Herr College v. Engelhardt[10]) gleichfalls derselben bekannt. Auf ein Irritament in dem Ma selbst, mag dasselbe nun im Genusse stark reizen Speisen oder in dem Vorhandensein eines Ulcus rot. ruhen, glauben Riegel, Johnson und Behm, so Ritter und Hirsch die Entstehung mancher Hyp secretionen zurückführen zu müssen. Daneben sind jed die genannten Autoren, besonders Johnson und Be bereit, sich der Ansicht Ewald's[11]), Rosenheim's und Anderer anzuschliessen und für viele Fälle von l persecretion den primär nervösen Charakter des Leid anzuerkennen.

Aehnlichen Anschauungen wie hinsichtlich des ch Magensaftflusses begegnen wir auch in Betreff der l peracidität des Magensaftes d. h. desjenigen Zustan des Magens, bei welchem derselbe, im Gegensatz zur l persecretion, einzig und allein auf den Reiz der Inge hin mit einer qualitativ und meist auch quantitativ steigerten Magensaftabscheidung reagirt, nüchtern jed frei von Magensaft gefunden wird.

Hyperacidität soll häufig eine selbständige Neu sein — darin sind fast alle Autoren einig. Dieselbe v besonders häufig bei Melancholikern (v. Noorden Hysterischen (Jolly) und Neurasthenikern (Rosenhe Johnson und Behm) gefunden, auch macht Jawor auf das auffallend häufige Vorkommen hyperacider gensäfte bei der zu allerhand Neurosen disponirten j schen Bevölkerung Galiziens aufmerksam. Abgesehen doch von denjenigen Fällen, bei welchen der primär n vöse Charakter des Leidens auf der Hand liegt, komm auch Hyperaciditätszustände vor, bei denen eine nerv Aetiologie kaum erbracht werden kann. Hier soll es ähnlich wie bei der cont. Hypersecretion des Mag saftes der Reiz der Ingesta oder ein Ulcus rot. s welches eine abnorme Reizbarkeit der Magenschleimh bewirkt, und dadurch den vermehrten Säuregehalt Magensaftes erklärt. Dem gegenüber steht jedoch die schauung, dass gerade das umgekehrte Verhalten wahrscheinlichere sei, dass nicht das Magenulcus Hyperacidität hervorrufe, sondern dass der gesteig HClgehalt des Magens durch Verdauung haemorrh scher Ekchymosen, oder anderer gleichwerthiger nekro tischer Processe, das Ulcus erzeuge. Es ist dieses Meinung, welche durch zahlreiche experimentelle Ar ten gestützt, besonders von Riegel, Ewald, Lieb meister[14]) vertreten wird und zahlreiche Anhä zählt. Damit ist natürlich nicht gesagt, dass ein p sches Geschwür ausschliesslich auf hyperacidem B sich entwickeln kann; im Gegentheil, es kann auch einem Magen mit normaler, sogar mit subnormaler Aci entstehen. Immerhin hat es jedoch den Anschein, al stets eine, wenn ich mich so ausdrücken darf «rela Hyperacidität» mit eine Rolle dabei spielt; es bedarf Entstehung eines Magengeschwüres stets, um mit Ew zu reden, «eines Missverhältnisses zwischen der Bes fenheit des Magensaftes und der Beschaffenheit Blutes».

Was nun speciell meine Stellung in der Frage Hyperacidität und Hypersecretion anbetrifft, so mö ich gleich vorausschicken, dass mir eine so scharfe T nung beider Krankheiten, wie sie von Riegel angest

---

[2]) Leyden. Zeitschrift f. klin. Med. IV.

[3]) Wilkens. Arsbärötelde fran Sabbatbergs Sjukhus för 1886. Stockholm 1887.

[4]) Johnson und Behm. Zeitschrift f. klin. Med. XXII.

[5]) Rossbach. D. Arch. f. klin. Med. XXXV. 1884.

[6]) Jürgensen. D. Arch. f. klin. Med. XXILIII.

[7]) Schreiber. D. med. Wochenschr. 1893, № 29 u. 30.

[8]) Boas. Specielle Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. II. Th. 1893.

[9]) Minkowski. Mittheil. aus der Königsb. Klinik 18

[10]) v. Engelhardt. St. Petersb. med. Wochenschrift № 21.

[11]) Ewald. Klinik d. Verdauungskrankh. III. Aufl. 18

[12]) Rosenheim. Pathol. u. Therapie der Krankh. des dauungsapparates. 1891.

[13]) v. Noorden. Sitzungsber. d. med. Gesellsch zu Gie 1887.

[14]) Liebermeister. Volkm. klin. Vorträge 61.

wird, nicht gut durchführbar erscheint. In theoretischer Beziehung allerdings mehr weniger streng geschieden, glaube ich, dass es sich vom praktischen Standpunkte aus empfiehlt beide Krankheitsformen von einem gemeinsamen Gesichtspunkte zu betrachten, wie solches auch schon zum grössten Theile durch Ewald, Rosenheim, Johnson und Behm geschehen ist. Unabhängig davon, dass sich beide Processe häufig combiniren, will es mir ferner scheinen, dass zwischen der Hyperacidität einerseits und der continuirlichen Hypersecretion andererseits weniger ein genetischer als ein gradueller Unterschied besteht, dass eine Hyperacidität sehr gut in eine Hypersecretion übergehen kann. Ueberschaut man beispielsweise die Tabellen in der Arbeit Johnson und Behm's, so gewinnt man unwillkürlich den Eindruck, als sei die Grenze zwischen beiden Krankheiten mehr künstlich theoretisch als praktisch und pathogenetisch durchführbar. Schliesslich möchte ich noch als ein weiteres Argument für meine Anschauung noch den Umstand anführen, dass sowohl die Hyperacidität, wie auch die cont. Hypersecretion, wenigstens bei uns zu Lande, die gleiche topographische Verbreitung zeigen. Beide scheinen, ich berufe mich hierbei auf meine Hospital- und Privatpatienten, bei indigenen Russen sehr selten, relativ häufig bei Ostseeprovinzialen, Finnländern oder Ausländern vorzukommen [15]). Diese Thatsache ist um so bemerkenswerther, als auch von v. Sohlern [16]) auf eine gleiche regionäre Verbreitung des Magenulcus aufmerksam gemacht wird. Wie wir gesehen haben steht aber das Magenulcus entschieden in einem aetiologischen Zusammenhange mit einer quantitativen und qualitativen Steigerung des Salzsäurewerthes des Magensaftes.

Weiter möchte ich mich dagegen wenden, dass auch die Hypersecretion ähnlich der Hyperacidität durch den Reiz chemischer differenter Ingesta geschaffen werden soll. In klassischer Weise sehen wir die Folgen einer qualitativ und quantitativ ungünstigen Nahrung bei der acuten und chronischen Gastritis, sowie bei stärkerer Dilatation des Magens, gleichviel welchem Umstande dieselbe ihre Entstehung verdankt. Hier ist eine verminderte HClreaction, nicht eine Steigerung der Magensaftabscheidung die Regel.

Die gegen die Reiztheorie in der Aetiologie der cont. Hypersecretion vorgebrachten Gründe lassen sich in gleicher Weise auch gegen Boas ins Feld führen, der ja, wie erwähnt, für einzelne Fälle wenigstens die Ursache des Magensaftflusses in einer Reizung der Magenschleimhaut durch Stagnation der Speisen im Magen infolge einer primären Myasthenie des Organes erblickt. Auch hier scheint mir bezüglich der Ursache und der Wirkung das entgegengesetzte Verhalten zu bestehen. Der Magen wird myasthenisch, weil er Magensaft hyperproducirt. Die Magenmuskulatur erschlafft, weil an sie erhöhte Anforderungen gestellt werden, da der Magen bei chronischer Hypersecretion niemals leer wird und die Magenmuscularis ist zu steter expulsiver Thätigkeit gezwungen. Dazu dürfte, worauf Ewald besondern Nachdruck legt, noch ein weiteres muskelschwächendes Moment in der Ueberladung mit unverdauten Amylaceen kommen, ein Moment, dessen Tragweite aus den Untersuchungen Kuhn's [17]) erhellt, der auf die hochgradige Gasbildung besonders bei Dilatation auf hypersecretorischer Grundlage aufmerksam macht. Schliesslich wird von manchen Seiten noch darauf hingewiesen, dass eine starke Hyperacidität, wie sie ja so oft die Hypersecretion begleitet, im Stande sein soll durch Pylorospasmus ein mechanisches Hinderniss für die Magenbewegung zu bewirken. Gegen die primär musculäre Theorie der Hypersecretion, welche ja am schärfsten durch Schreiber vertreten wird — er hält ja den Magensaftfluss lediglich für die Folge einer Gastrektasie — hat Riegel [18]) ferner den berechtigten Einwand gemacht, dass ja Hypersecretion ohne jede Spur musculärer Insufficienz vorkommen kann, dass sich letztere bei einem gegen die Hypersecretion eingeschlagenen Verfahren gleichfalls bessert. In diesem Punkte besteht ein gewisser Widerspruch in der Argumentation Riegel's und derjenigen des Collegen v. Engelhardt, der ja gleichfalls den primär atonischen Charakter des Magensaftflusses verficht. «Wenn die Darreichung von Alkalien — sagt v. Engelhardt — den Hypersecretionszustand des Magens bessern würde, könnte man nichts gegen die Riegel'sche Auffassung einwenden, d. h. diejenige Anschauung, welche in der Atonie die Folge der Hypersecretion sieht — aber ohne häufige Ausspülungen des Magens wird hier nichts erreicht». In diesem Punkte kann ich Herrn Collegen v. Engelhardt nicht vollständig beistimmen. Ich glaube im Gegentheil, dass in allen leichten Fällen continuirlichen Magensaftflusses durch Alkalien Alles und zwar in sehr kurzer Zeit erreicht wird. Schwerere Grade und solche mit stärkerer secundärer Motilitätsstörung lassen sich thatsächlich durch nichts als durch Magenspülungen bessern.

Nach diesem Ausfluge in das kritische Gebiet, gestatten Sie mir wieder auf meinen eigenen Standpunkt zurückzukehren.

Auch ich glaube mit Ewald, Johnson u. A., dass wir es in vielen Fällen chron. Hyperacidität und continuirlichen Magensaftflusses mit einer unzweifelhaften Secretionsneurose des Magens zu thun haben. Dafür spricht einerseits das sprunghaft-Launische, causal Unvermittelte mancher Hypersecretionsfälle, sowie namentlich die deutliche Abhängigkeit derselben von psychischen Reizmomenten. Wie schon von Johnson und Behm hervorgehoben worden ist, kann man häufig beobachten, dass bei schon wesentlich gebesserten Fällen eine traurige oder freudige Botschaft oder dem Aehnliches hinreichen, um ein schweres Recidiv auszulösen. Ich selbst verfüge über mehrere einschlägige Beispiele.

Daneben giebt es aber noch andere und nicht gerade spärliche Fälle, bei denen eine nervöse Auffassung des Leidens nicht zutreffen dürfte.

Es handelt sich hierbei um Personen, bei denen trotz genauesten Nachforschens keine Spur einer neuropathischen Beanlagung zu erkennen ist. Für solche Fälle möchte ich auf das bei der Hyperacidität Gesagte zurückgreifen, von welcher ich annahm, dass sie in einem genetischen Zusammenhange mit der chronischen Hypersecretion steht. Sie erinnern sich, m. H., dass die meisten meiner hypersecernirenden Pat. den Ostseeprovinzen, Finnland oder Deutschland entstammten, oder es handelte sich um Petersburger, welche ihren Ursprung auf die genannten Länder zurückführten. Russen hatte ich zwar auch Gelegenheit zu behandeln, jedoch in verschwindender Minderzahl. Eine ähnliche topographische Statistik hat ja auch v. Sohlern für das Ulcus aufgestellt. Die Ursache dafür erblickt er in dem erhöhten Kaligehalt des Blutes infolge erhöhter Kalizufuhr in einer vegetabilischen Nahrung, wie sie von den Russen bevorzugt wird. Der vermehrte Kaligehalt des Blutes soll eine Immunität gegenüber dem Ulcus bewirken, während das Gegentheil davon, ein reicherer Gehalt des Blutes an Natronsalzen, das zur Entstehung des Magengeschwüres nothwendige Missverhältniss in der Beschaffenheit des Blutes und der Beschaffenheit des Magensaftes abgiebt. Die Ansicht v. Sohlerns bezieht sich nur auf das Magenulcus, da aber die regionäre Verbreitung desselben vollkommen mit meiner

[15]) Anmerkung. Um gleich einem etwaigen Missverständnisse vorzubeugen, möchte ich hervorheben, dass mein Patientenpersonal hinsichtlich der hier erwähnten Nationalitäten ein mehr weniger quantitativ gleichartiges ist.
[16]) v. Sohlern. Berl. klin. Wochenschr. 1889. № 13.
[17]) Kuhn. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXI.
[18]) Riegel. D. med. Wochenschr. 1893. № 31 u. 32.

nationalen Statistik der Hyperacidität und Hypersecretion zusammenfällt, und diese letztere wiederum entschieden eine Rolle in der Aetiologie des runden Magengeschwüres spielt, so liegt es nahe, die Hypothese v. Sohlern's zu verallgemeinern und auf die Hyperacidität und Hypersecretion auszudehnen und auch für diese nationale Eigenthümlichkeiten der Ernährung in Anspruch zu nehmen. Von einem erhöhten oder verminderten Kaligehalte des Blutes konnte füglich abgesehen werden, zumal derselbe ja nur die Alteration des Blutes, nicht die chemische Aenderung des Magensaftes erklärt. Auf den ersten Blick scheint die Ernährungshypothese auf meine Patienten mit chron. Hypersecretion als Einzelindividuen nicht zuzutreffen, da ich kaum in der Lage bin wesentliche Unterschiede der Ernährung zwischen ihnen und meinen übrigen russischen Patienten zu statuiren — anders jedoch wenn man die Sache im Lichte der Vererbungslehre betrachtet. Wie gewisse Völkerschaften sich beispielsweise bekanntlich durch eine abnorme Länge ihres Darmtractus auszeichnen, augenscheinlich weil ihre Voreltern einer mehr pflanzlichen Kost wegen einer grössern resorbirenden Fläche für diese Kost bedurften, ähnlich denke ich mir, könnte es sich auch mit der Hyperacidität und folglich auch der continuirlichen Hypersecretion des Magensaftes verhalten. Das Einzelindividuum producirt einen qualitativ, später quantitativ gesteigerten Magensaft, nicht weil es etwa denselben persönlich zur Verdauung seiner Nahrung bedarf, sondern weil vermuthlich so und so viele Generationen zurück, wollen wir annehmen, wegen prävalirender Fleischkost das Bedürfniss nach einer vermehrten HCl-abscheidung vorlag. Dass letzteres thatsächlich der Fall ist, beweisen wiederum die vergleichenden Untersuchungen von Sohlern's [19]), welcher gefunden hat, dass das Einzelindividuum schon auf reine Fleischkost mit einem höhern HClgehalt des Magensaftes reagirt als bei reiner Pflanzenkost. Beispielsweise erlaube ich mir das Untersuchungsergebniss bei einem Manne anzuführen, welcher völlig magengesund seit 25 Jahren sich streng als Vegetarianer hält. Bei 2 Untersuchungen im Abstande von einem halben Jahre fand ich $1^1/_2$ Stunden nach Ewald's Probefrühstück einen Gehalt von 0,146 pCt. freier HCl. ein wenn auch normaler, so doch immerhin recht niedriger HCl werth.

Resumire ich das Gesagte kurz, so glaube ich dasselbe dahin zusammenfassen zu können:

In der Literatur werden die Hyperacidität und der Magensaftfluss getrennt abgehandelt. Praktisch und ätiologisch dürften beide Krankheitszustände zusammengehören. Die Hyperacidität ist häufig die Ursache und der Anfang der Hypersecretion.

Beide Zustände zeigen eine gemeinsame nationale Verbreitung, dieselbe entspricht der Begrenzung, welche v. Sohlern für das Magenulcus gezeichnet hat. Der Grund dafür dürfte die ätiologische Beziehung der Hyperacidität zum Ulcus sein.

Die Ursache für die eigenthümliche regionäre Verbreitung der Hyperacidität, der Hypersecretion und des Magengeschwüres könnte hypothetischer Weise in einer ererbten Anlage begründet sein, welche sich wiederum auf eine vorwiegende Fleischkost früherer Generationen stützen dürfte.

Einer solchen Aetiologie steht wieder eine andere Gruppe von Fällen gegenüber, wo die Entstehung der Hyperacidität und Hypersecretion auf einen primär nervösen Ursprung zurückzuführen ist. Speciell für die periodische Hypersecretion dürfte dieser Entstehungsmodus der ausschliessliche sein.

In Anbetracht der vorgeschrittenen Zeit werde ich die Symptomatologie und Therapie des chron. Magensaftflusses und der Hyperacidität nur kurz berühren.

[19]) v. Sohlern. Berl. kl. Wochenschr. 1891. № 20 u. 21.

Für charakteristisch halte ich den epigastralen Schmerz, sowohl auf der Höhe der Verdauung als auch bei speisefreiem Verhalten des Magens und die Linderung des Schmerzes durch Zufuhr von Flüssigkeit oder direct salzsäurebindenden Agentien: Alkalien und Eiweisskörpern; charakteristisch ist ferner das Erbrechen saurer dünnflüssiger Massen; handelt es sich um Erbrechen im nüchternen Zustande, so ist das Erbrochene gewöhnlich, infolge Einwirkung der HCl. auf das gelbe Bilirubin, durch Biliverdin grünlich gefärbt. Weitere Merkmale sind der starke Durst, die hochgradige auf mangelhafter Umwandlung der Amylaceen beruhende chron. Darmverstopfung, sowie die sich in schweren Fällen rapid entwickelnde Abmagerung der Kranken.

Meist gelingt es schon bei einer solchen Anamnese die Diagnose einer Hyperacidität mit Hypersecretion vermuthungsweise zu formuliren. Die Bestätigung derselben kann natürlich nur von der objectiven Untersuchung des Patienten erwartet werden. Hierbei finden wir dann meist im nüchternen Magen nach vorausgegangener Abendspülung grössere oder geringere Mengen einer klaren, oder bei starkem Dilatationszustande des Magens durch Sarcine und Hefe bräunlich gefärbten Flüssigkeit mit deutlicher Pepsin- und HClreaction. Nach dem Probefrühstück untersucht, erscheint der Mageninhalt meist dünnflüssig, quantitativ vermehrt. Gewöhnlich fehlt Milchsäurereaction. Der HClgehalt ist meist procentisch vermehrt, kann die Zahl 0,6 % freier Säure erreichen. Zu Ende der Verdauung einer gemischten Kost untersucht, erscheinen je nach der Grösse des procentualen HClwerthes die Eiweisskörper gut verdaut. Muskelfasern können selbst mikroskopisch nicht wahrgenommen werden. Im Gegensatz dazu findet man aber reichliche Reste meist nur wenig veränderter Amylaceen. Da nach den Untersuchungen Kuhn's gerade bei Hypersecretions-Dilatationen eine starke Hefegährung mit Gasbildung vorkommt, so zeigen solche mit starker Stagnation des Mageninhaltes combinirte Magensäfte eine typische Dreischichtung: oben eine aus Pflanzentheilen und Gas bestehende Schaumschicht, ganz unten am Boden unverdaute Amylaceen, in denen man dann mikroskopisch grosse Mengen von Hefezellen und Sarcine nachweisen kann. Auffallend war es mir, dass ich bisher immer lange, zu Fäden ausgewachsene Bakterien vermisst habe, welche sich doch sonst bei verschiedenen anaciden und, wie Boas meint, speciell carcinomatösen Dilatationen des Magens finden. Der Grund für dieses Verhalten dürfte gleichfalls in der antibakteriellen Eigenschaft höherer Salzsäuregrade des Magensaftes zu suchen sein. Von weiterer Prüfung des Magens bei chron. Magensaftfluss ergiebt die JdKaprobe entweder normale oder in vorgeschrittenen Fällen verlangsamte Resorption, in gleicher Weise zeigt auch die Prüfung der Motilität des Magens zu Anfang der Krankheit gar keine, in späterer Zeit selbst sehr starke Grade der muskulären Schwäche. Charakteristisch ist bei der Hyperacidität und Hypersecretion das Verhalten des Urins, derselbe ist je nach der Intensität der Krankheit mehr weniger reichlich und concentrirt. Parallel der quantitativen Abscheidung der HCl, geht aber eine Verminderung der Chloride im Harne mit Zunahme der Phosphate, die so gross sein kann, dass Dujardin-Beaumetz, Lyon und Robin direct von einer Phosphaturie sprechen.

Es erübrigt mir noch auf 2 praktisch wichtige, wenn auch ziemlich seltene Vorkommnisse, im Verlaufe des Magensaftflusses einzugehen, es ist dieses die SH_2gährung und die Tetanie. Bei der SH_2gährung, die besonders häufig, namentlich höheren Grades bei Hypersecretion des Magensafts beobachtet worden ist, handelt es sich augenscheinlich um eine mikroparasitäre Einwirkung auf die Eiweisskörper der Nahrung. Es braucht uns dieses nicht weiter zu wundern, seitdem wir durch

die Untersuchungen Hoppe Seylers[20]) darüber belehrt sind, dass selbst höhere Concentrationsgrade der HCl durchaus nicht auf alle Mikroorganismen zerstörend einwirken.

Im Allgemeinen scheint die SH_2 in höherem Grade, ganz vorübergehend kommt sie ja fast bei jeder acuten Gastritis vor, immerhin recht selten zu sein. Ich bin ihr bisher nur einmal begegnet, und da war sie so stark, dass Pat. in einemfort aufstossen musste und das Zimmer buchstäblich nach faulen Eiern roch. Der Zustand hielt in sehr lästiger Weise über eine Woche an und heilte erst durch Entziehung fast aller eiweissreichen Nahrung.

Hinsichtlich der Tetanie muss ich erwähnen, dass es zuerst Kussmaul[21]) war, welcher auf das Vorkommen tonischer Krämpfe mit allen Merkmalen der Tetanie bei Magendilatationen aufmerksam gemacht hat. Er führt dieselben auf eine Wasserverarmung der Nerven und Muskeln zurück. Nach Müller[22]) soll es sich um einen Reflexvorgang vom Magen aus handeln. Dem entgegen fassen Loeb[23]) und Bamberger[24]) die Tetanie als eine Toxinwirkung gastrischen Ursprunges auf. Diese letztere Auffassung hat nun in den Arbeiten Bouverets und Devie's[25]) eine wesentliche Stütze erfahren. Es gelang ihnen durch Behandlung hyperacider und zwar nur hyperacider Magensäfte, mit Alkohol ein Gift darzustellen, welches Kaninchen injicirt, bei diesen das Bild der Tetanie erzeugte. Es erwies sich dabei gleichzeitig, dass dieses Gift einzig und allein durch Behandlung mit Alkohol darstellbar war. Damit bringen auch Bouveret und Devie die Thatsache in Einklang, dass, wie es scheint, gerade solche Patienten mit Magendilatation von Tetanie befallen wurden, welche an continuirlicher Hypersecretion litten und vor dem Ausbruche der Krämpfe grössere Quantitäten Alkohol genossen hatten. Immerhin scheint die Tetanie bei Magenkrankheiten sehr selten zu sein, da bisher nach einer Zusammenstellung von Boas erst 20 einschlägige Fälle in der Literatur beschrieben sind.

Bezüglich der Differentialdiagnose kommt wohl hauptsächlich das Ulcus rot. in Betracht. Wo nicht gerade eine etwa vorausgegangene Magenblutung die Situation klärt, glaube ich, dürfte es am sichersten sein, sich von einer circumscripten Druckempfindlichkeit des Epigastrium bei gleichzeitig diffuser auf die Hyperacidität zu beziehender Schmerzhaftigkeit leiten zu lassen. Schwieriger ist die Differentialdiagnose, wenn man begründeten Verdacht hat auf ein gleichzeitig bestehendes Carcinom zu fahnden. Ich entsinne mich, dass es mir in einem solchen Fall erst ganz sub finem vitae gelang auf die richtige Diagnose herauszukommen.

In prognostischer Beziehung glaube ich, dass sich die Hypersecretion fast stets therapeutisch mehr weniger günstig beeinflussen lässt. Ob aber hierbei von Heilung gesprochen werden darf, halte ich für mindestens zweifelhaft. Jedenfalls besteht bei dem Magensaftfluss eine colossale Tendenz zu Recidiven. Bei der Prognose muss ferner noch der Umstand berücksichtigt werden, dass die Hyperacidität und Hypersecretion in hohem Maasse der Entstehung eines Magenulcus förderlich sind.

Die Therapie setzt sich aus einer causalen und symptomatischen zusammen, einer causalen in denjenigen Fällen, wo die Ursache des Magensaftflusses in einer Alteration des Nervensystems zu suchen ist. Indicirt sind hier warme Bäder, See- und Landreisen, ein Aufenthalt im Gebirge oder an der Seeküste schliesslich hydrotherapeutische Proceduren, letztere scheinen, wenigstens am Orte der Berufsthätigkeit der Patienten ausgeführt, relativ geringeren Effect zu haben. Einige Male habe ich durch Brom gute Resultate erzielt. In symptomatischer Beziehung steht obenan die Regelung der Diät Während Albuminate und unter diesen namentlich solche, welche HCl leicht binden, wie hartgesottene Eier, Milch, Fleisch, vorzüglich vertragen werden, empfiehlt es sich auf die Ordination der Amylaceen grossmöglichste Aufmerksamkeit zu verwenden und einer solchen Pflanzenkost den Vorzug zu geben, die entweder an und für sich ziemlich zuckerreich ist, oder bei welcher die Stärke durch die Hitze schon zum grössten Theile in Dextrin übergeführt ist. Diese Kostvorschrift ist bei der Hypersecretion allgemein acceptirt, dem gegenüber empfiehlt v. Sohlern bei Pat. mit Hyperacidität und Hypersecretion auf nervöser Grundlage eine mehr pflanzliche Nahrung. Sein leitender Gedanke ist dabei die Beobachtung, dass sich die carnivoren Thiere gegenüber den herbivoren im Allgemeinen durch ein mehr prononcirtes Nervensystem auszeichnen. In Praxi stösst, so viel ich davon gesehen habe der Vorschlag Sohlerns auf heftigen Widerstand.

Was nun schliesslich die medicamentöse Therapie anbetrifft, so glaube ich, dass es in leichten Fällen stets gelingen wird allein mit Alkalien durchzukommen. Ich ordinire dieselben meist in der Form des Na. bicarbon. in grösserer Quantität ca. 1/2 Theelöffel voll nach Tisch. Kleinere Gaben dürften nach Du Mesnil[26]) eher anregend auf die HClausscheidung wirken. Gleichzeitig empfehle ich den Gebrauch eines alkalischen Wassers. Allgemein wird dem Carlsbader Thermalwasser der Vorzug gegeben, doch ist es bis jetzt noch nicht sicher festgestellt, ob dasselbe thatsächlich die Acidität und Secretion des Magensaftes herabsetzt. Wo es sich um heruntergekommene anaemische und nervöse Individuen handelt, möchte ich mit Johnson und Behm vor dem Carlsbader Brunnen warnen und Vichy oder einem andern aequivalenten Wasser den Vorzug geben.

Bei mittelschweren Fällen hat sich mir der Gebrauch des Argent. nitric. vor Tisch in nicht zu kleinen Gaben bewährt. Diese Therapie, welche ich vor einigen Jahren wegen der HClbindenden Eigenschaft des salpetersauren Silbers begonnen habe, wird auch von Rosenheim[27]) und Boas[28]) befürwortet. Ihre wissenschaftliche Begründung hat dieselbe weiter durch Löwenthal[29]) erfahren, welcher nachweist, dass Argent. nitric. nicht allein die Hyperacidität sondern auch die Hypersecretion vermindert.

Ganz schwere Hypersecretionsfälle trotzen jeder internen Behandlung und lassen sich nur durch Spülungen, besonders mit Zusatz von Argent. nitric. günstig beeinflussen.

Symptomatisch habe ich öfters der Schmerzen wegen galvanisirt. Gewöhnlich lassen sich dieselben durch Genuss von hartgesottenen Eiern gut coupiren.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

G. Winter: Ueber die Recidive des Uteruskrebses, insbesondere über Impfrecidive. Stuttgart 1893. Verlag von F. Enke.

Verf. schlägt folgende Eintheilung vor: 1) Lymphdrüsenrecidive. 2) Locale oder Wundrecidive, d. h. Wiederkehr des Krebses im Bereich der bei der Operation gesetzten Wunde und 3) Metastatische Recidive. Letztere gehören zu den Ausnahmen, wenn es sich um einen noch operablen Uteruskrebs handelt. Die Lymphdrüsenrecidive sind gleichfalls selten, so lange der Krebs auf die Gebärmutter beschränkt ist: bei 44 Frauen, welche nach Totalexstirpation obducirt wurden,

20) Archiv f. klin. Med. Bd. 50.
21) Deutsches Archiv f. klin. Med. VI. ct. bei Boas.
22) Charité-Annalen. 1888. Bd. XIII. cit. bei Boas.
23) Loeb. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 46.
24) Bamberger cit. bei Boas
25) Bouveret u. Devie. cit. bei Boas.
26) D. med. Wochenschr. 1892. № 49.
27) l. c.
28) l. c.
29) Berl. klin Wochenschr. 1882. № 47.

nur 2 Mal; bei bereits erkrankten Parametrien in einem Drittel der Fälle. Die betheiligten Drüsen sind vor allem die Glandulae iliacae; sind dieselben bei tiefer Chloroformnarkose dicht unter der lin. innominata palpabel, so ist das Carcinom inoperabel. Locale Recidive aus zurückgelassenen Keimen sind in den seitlichen Theilen der Parametrien zu suchen: unter 58 Recidiven nach Exstirpation eines Collumkrebses hat Verf. 54 locale Recidive beobachtet, davon konnte in 32 Fällen nach dem Verlauf der Operation und der Untersuchung des exstirpirten Organes mit annähernder Sicherheit angenommen werden, dass das Recidiv sich aus nachgebliebenen Krebsmassen entwickelt hatte. Das Recidiv beginnt in der unmittelbaren Nachbarschaft der Narbe und schlägt denselben Weg ein, wie der ungestört fortwachsende Krebs. Die sacrale Methode ist nicht im Stande, mehr zu leisten als die vaginale.

Unter Impfrecidiven versteht Verf. «Recidive, welche aus Krebsmassen hervorgegangen sind, welche während der Operation in gesundes Gewebe eingeimpft sind». An der Infectiosität des Krebses zweifelt Verf. nicht, wenn auch Bakterien und Protozoen vergebens als Erreger gesucht werden, für die Infectiosität spricht vielmehr 1) die Contactinfection (bei einem Carcinom an der Zungenspitze ein secundärer Knoten an der entsprechenden Stelle der Wangenschleimhaut, zwischen beiden Carcinomen gesundes Gewebe oder bei Carcinomen einer mamma pendula ein secundäres Carcinom der Bauchhaut an der Stelle, welche das Mammacarcinom berührte). 2) Das Entstehen secundärer Krebsknoten in Wunden (nach Punction eines carcinomatösen Peritoneums Krebsknoten in der Troicartstichstelle getrennt vom Peritoneum durch gesundes Gewebe oder Carcinom in der Narbe einer Dammincision, welche wegen Enge der Vagina bei der Exstirpation eines Portiocarcinomes gemacht war etc.). Endlich 3) die mit positivem Resultat ausgeführte Transplantation von Krebsknoten auf die gesunde Haut und das Weiterwachsen derselben am Menschen (Versuche von v. Bergmann und Hahn). An der Hand mehrerer Krankengeschichten, statistischer Daten über das Recidiv in Bezug auf den primären Sitz und einiger Abbildungen führt Verf. des Weiteren aus, dass ein grosser Theil der Recidive seine Entstehung der Impfung bröckeliger Krebsmassen auf die Operationsstelle verdankt.

Aus diesem Grunde hält Verf. Vorsichtsmaassregeln für dringend geboten. Der bei der Operation das Carcinom berührende Finger oder Instrument dürfen mit gesundem Gewebe nicht in Berührung kommen, die Oberfläche des Carcinoms muss unschädlich gemacht werden. Verf. verfuhr in der Weise, dass einige Tage vor der Operation die bröckeligen, zerfallenen Massen mit scharfem Löffel entfernt und die Wundfläche mit dem Pacquelin verschorft wurde. Diese frühe Präparation musste aufgegeben werden, da sich ein parametritisches Exsudat bildete oder ein leicht septisches Fieber entstand und der Verlauf nach der Totalexstirpation dadurch ungünstig beeinflusst wurde. Auch das Abkratzen der Carcinommassen als erster Act der Operation erwies sich als unzweckmässig. Nunmehr gilt folgendes Regime: täglich mehrmalige antiseptische Ausspülungen, Abkratzen des Carcinomes unter Benutzung alter Instrumente, Desinfection der Carcinomoberfläche mit $^1/_2$ pCt. Sublimat-Alkohol. Verschorfung mit dem Paquelin, nun erst Desinfection der Vagina, der Hände des Operateurs und Benutzung anderer Instrumente. Bei dieser Methode machten die meisten Operirten eine fieberfreie Reconvalescenz durch. Ebenso soll bei Exstirpation von malignen Ovarialtumoren mit aller Vorsicht zu Werke gegangen werden, um eine Dissemination von Krebspartikeln auf das Peritoneum zu vermeiden.

Lingen.

Lorenz: Taschenkalender für Aerzte 1894. VII. Jahrgang. Verlag des Berliner lith. Instituts (Jul. Moser).

Dieses von allen uns bekannten medicinischen Kalendern seinem Format und Volumen nach kleinste und handlichste Taschenbuch für Aerzte bietet trotzdem, ausser den in med. Kalendern üblichen Auskünften, eine solche Fülle von verschiedenen wohl manchem Arzte erwünschten Auskünften, wie man sie in anderen Kalendern kaum antrifft. Dies ist dadurch erreicht, dass eine sehr kleine aber doch deutliche Schrift gewählt und das Tagesnotizbuch in 4 einzelnen Heften (zu je 3 Monaten beigegeben ist, von denen zur Zeit nur ein Heft eingefügt wird. Bei dem Kapitel welches in knapper Form die Symptome und erste Behandlung der Krankheiten bringt, die haufiger und baldige Hülfe erfordern, sowie bei dem Verzeichniss der Arzneimittel, ist durch Einfügung zahlreicher bewährter Recepte auch nach Möglichkeit den ökonomischen Verhältnissen unserer Zeit Rechnung getragen. Der Abschnitt über Krankheiten und deren Behandlung ist vergrössert und theilweise verbessert, dem Kapitel über «chirurgische Nothhülfe» sind die Fremdkörper und ihre Entfernung, sowie die Frakturen und ihre Behandlung neu eingefügt worden. Auch der beachtenswerthe Abschnitt über «Krankenpflege, Nähr- und Genussmittel» hat eine theilweise Umarbeitung und Erweiterung erfahren.

Die Ausstattung des Kalenders ist eine ganz gefällige.

Bernhoff.

Protokolle des V. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte

in Jurjew (Dorpat).

1.—3. September 1893.

Erste Sitzung.

Mittwoch den 1. September 1893. 12 Uhr Mittags.
(Fortsetzung).

9. Herr W. Zoege von Manteuffel berichtet über die **Wirksamkeit und den Bestand der «Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra.»**

In dem Leprosorium Nennal und der Leprastation Muhli seien im letzten Berichtsjahr zusammen 95 Kranke verpflegt worden. und zwar seien laut Bericht des Arztes der Leprastation Muhli Dr. Koppel in Muhli am 25. September 1892 bis jetzt 53 Lepröse aufgenommen, von denen 41 an Lepra tuberosa, 10 an Lepra maculosa, 2 an Lepra mixta gelitten. Gestorben seien daselbst im Laufe dieser Zeit 8 Lepröse — 6 Lepra tuberosa; 1 L. maculosa; 1 L. mixta — 7 an den Folgen dieser Krankheit, einer an den Folgen eines Herzfehlers. Der durchschnittliche Aufenthalt der Kranken habe $10^1/_2$ Monate betragen. Freiwillig ausgetreten seien 15 nach einem durchschnittlichen Aufenthalt von $2^1/_2$ Monaten; übergeführt nach Nennal seien 15 Kranke worden, nach durchschnittlichem Aufenthalt von 5 Monaten, so dass sich gegenwärtig in Muhli 15 Lepröse befänden, mit einem durchschnittlichen Aufenthalt von 11 Monaten.

Von den augenblicklich in Muhli befindlichen seien 2 zeitweilig in Folge von Mittellosigkeit ausgeschieden gewesen. Von den augenblicklich in der Leprastation sich befindlichen seien 15 auf Kosten ihrer Gemeinde, 2 auf Kosten des Lepravereins, einer auf Kosten eines Studenten verpflegt worden.

Im Leprosorium Nennal seien laut Bericht des Dr. Walter vom 5. November 1892 bis jetzt im Ganzen 57 Lepröse aufgenommen worden — 22 Männer 35 Weiber — gestorben 6, auf eigenen Wunsch entlassen 7; — von diesen 3 wieder zurückgekehrt; wegen Renitenz entlassen 2 — entlaufen einer — sodass der augenblickliche Bestand sich auf 16 Männer und 28 Weiber = 44 Kranke belaufe.

Ueber die Hälfte der Kranken stammen aus Oesel und zwar aus dem Kirchspiele Ansekäll 13, Kielkond 11, Jamma 9; je einer aus den Kirchspielen Wolde und Kergel. — Aus Rujen stammen 4, Tarwast 3, Hallist 2; aus mehreren Kirchspielen Livlands je einer, aus Estland 2. Der Bericht des Cassaführers Baron Stackelberg ergäbe im Januar 1893 ein Saldo von 11,706 Rbl. 40 Kop.; an Einnahmen sind zu verzeichnen gewesen am 1. Jan. 1893. Zinsen 374,59, Jahresbeiträge 1226 R.; einmalige Mitgliedsbeiträge 450 R.; Einmalige freie Beiträge 2159 Rbl. 23 Kop. Livländische Ritterschaft 2500 R., Estländische Ritterschaft 1000 R., Krankengelder 1300 R. 88 K.

Ausgaben vom 1. Jan. bis 1. Sep. 1893: für Muhli 1124 R. für Nennal 3650 R. Miethe für Muhli 200 R. Abschlagszahlungen für den Umbau von Nennal 3500 R. — Inventar 155 Rbl. 60 Kop. — Drucksachen Postporto 110 R. 38 K. Gagen 303 R. Versicherung 35 R. 23 K. Diversa 12 Rbl. Somit habe der Kassenbestand am 1. Sept. 1893 11,000 Rbl. in Werthpapieren und 626 R. 87 K. in baar betragen.

In Nennal habe dank der speciell zu diesem Zweck seitens der estländischen Ritterschaft bewilligten Summe der Umbau des Nebenhauses beginnen können. In dem soliden Balkenbau des Nebengebäudes seien an einer fast die ganze Länge des Hauses durchziehenden Wandelbahn 3 grosse luftige Krankenzimmer ausgebaut worden, während am Ende der Wandelbahn ein Zimmer für die Wartung, ein Speisesaal und Wirthschaftsbequemlichkeiten vorhanden seien; somit könne hier eine halbwegs gesonderte Verpflegung der Kranken durchgeführt werden. In einem anderen Nebengebäude, dem der alten Station gegenüber gelegenen Feldsteinrohbau seien eine geräumige Waschküche und 2 Badezimmer ausgebaut worden. Der anfänglich gefasste Plan die weiblichen Leprösen zu Hilfeleistungen neben anderen häuslichen Verrichtungen auch zum Waschen der Krankenwäsche zu benutzen, habe trotz eines vereinfachten Verfahrens beim Waschen, bei dem die Wäsche gekocht und mit Holzschaufeln gerührt werde, aufgegeben werden müssen, da die Kranken die andauernde Benetzung der Hände nicht vertrugen, wie denn die weiblichen Kranken nur zu den leichtesten häuslichen Arbeiten benutzt werden könnten, während die Männer auch zu schwerer Arbeit gerne willig seien und sie jeweilig leisten könnten. — Eine reiche Schenkung sei in jüngster Zeit von der livländischen Ritterschaft

eingelaufen: das Inventar des früheren Fellinschen Landes-Gymnasiums gehe darnach in die Hände der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra über. — Der Zuzug zu den Leprosorien sei ein reger, stets seien die vacanten Betten schon lange voraus belegt und hätten, wie in Muhli zu Zeiten die zuziehenden Kranken kaum beherbergt werden können. — Die aus der Zusammenstellung des Cassaführers ersichtliche finanzielle Lage der Leprosorien sei trotz der als jährliche Beiträge zugesicherten Schenkungen der Ritterschaft von Liv- u. Estland noch keine einigermassen zufriedenstellende. Das Capital der Gesellschaft sei von rund 15,000 Rbl. (cf. Bericht vom 4. Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte) auf 11,000 Rbl. zusammengeschmolzen. Allerdings habe der Umbau von Nennal schon über 3000 Rbl. gekostet und werde noch mehr beanspruchen, da bisher noch nicht alle Rechnungen eingelaufen seien und die Gesammtkosten des Umbaues nicht genau vorausbestimmt werden konnten. In erfreulicher Weise seien einmalige freiwillige Zahlungen geleistet worden, während die Summe der Mitgliedsbeiträge nicht in dem erwarteten Maasse gestiegen seien; ja nicht einmal vollständig eingelaufen seien; obgleich die Zahl der Mitglieder von 354 im vorigen Berichtsjahre gegenwärtig auf 520 gestiegen sei, eine Zahl, die noch lange nicht die gewünschte Sicherheit für die Erhaltung der Anstalten gewähre. Es werde daher nach wie vor die Aufgabe der Herrn Collegen sein, das Interesse des Publicums für die Leprosorien wach zu erhalten.

10. Herr Dr. Arthur Reisner hält seinen angekündigten Vortrag **«Zur Verbreitung und Behandlung der Lepra»**.

Für den contagiösen Charakter der Lepra liefere einen Beweis ihre Verbreitungsweise in mehreren Wohlthätigkeits-Anstalten der Stadt Riga; nachdem im Verlauf der 2 letzten Jahre 5 Lepröse aus dem St. Nicolai-Armenhause und dem russischen Armenhause in das Leprosorium der Stadt Riga aufgenommen worden seien, habe eine genaue Untersuchung der Insassen sämmtlicher dem Armen-Amte unterstellter Institute stattgefunden. Das Resultat dieser Enquête sei die Entdeckung von 25 Leprösen gewesen, welche nach oft schon 10—15 Jahre dauerndem Aufenthalte in der resp. Anstalt in den letzten 3—4 Jahren erkrankt seien; mit den 5 früheren Fällen und einer im russischen Armenhause verstorbenen Leprösen vertheilten sich diese 31 Fälle folgendermaassen; es entfielen auf: das russische Armenhaus 14, das St. Nicolai-Armenhaus 8, das Armenasyl 6, das Zwangsarbeiterhaus 2, das Siechenhaus 1. Bei der geringen Virulenz des Lepragiftes imponire die besonders hohe Zahl von Erkrankungen in den beiden zuerst genannten Instituten; von diesen 22 Kranken wären 4 schon vor der Aufnahme in die resp. Anstalt erkrankt und sei die Seuche somit eingeschleppt, wie es sich erwiesen hätte, auf einen sehr günstigen Nährboden, denn 9 mal erkrankte die Bettnachbarin einer Leprösen; 5 mal sei die Erkrankung nach jahrelangem intimem Umgang erfolgt und nur 4 Erkrankungen habe man durch zufällige Infection durch die übrigen Leprösen der Anstalt erklären können. Die Incubationszeit habe gewöhnlich 4 Jahre, einmal 2½ Jahre und einmal 1½ Jahre gedauert. Die Erkrankten seien alle älter als 50 Jahre gewesen, 12 bereits 70. Keiner der Patienten sei hereditär belastet gewesen. Sämmtliche Patienten hätten auch vor der Aufnahme in die Anstalt in relativ guten Verhältnissen gelebt; so dass auch normale diätetische und hygienische Verhältnisse, wie sie in den städtischen Anstalten vorhanden seien, keinen Schutz boten vor der Infection mit Lepra.

Was die Behandlung der Lepra mit Gurjanbalsam anlangt, so habe bei den meisten der 26 damit Behandelten ein Zurückgehen der Symptome beobachtet werden können; bei einer Patientin seien alle Erscheinungen der Lepra geschwunden. Agafia Lissowskaja 39 a. n., Lepra tuberosa, sei am 6. October 1892 aufgenommen worden; das Gesicht und die Ohren (Vortragender zeigt eine damals angefertigte Photographie der Patientin umher) wären mit breiten ca. ½ Ctm. hohen Infiltrationen bedeckt und dunkelbraun pigmentirt gewesen; ähnliche Infiltrationen seien auch an den Extremitäten vorhanden gewesen. Reichliche Mengen des Bacillus Hansen-Neisser seien in der Haut gefunden worden. (Demonstration eines mikroskopischen Präparates). Pat. sei vom 13. October 1892 bis zum 2. August 1893 mit Gurjanbalsam behandelt worden; sie habe allmählich steigernd von 5—60 Tropfen täglich innerlich erhalten, äusserlich seien die Infiltrationen mit einer Salbe aus 3 Gurjanbalsam zu 1 Lanolin eingerieben worden. Die Pat. wird vom Vortragenden vorgestellt und es wird constatirt, dass die Infiltrate im Gesicht ohne Zurücklassung irgendwelcher Pigmentirungen geschwunden sind, während die Infiltrate an den Extremitäten eine blass-broncefarbene Pigmentirung hinterlassen haben. Das mikroskopische Bild des Hautschnittpräparates zeigte keine Rundzellenansammlungen mehr im Corium und keine Leprabacillen.

Discussion:

a) Herr Dr. O. Petersen spricht über die Verbreitung der Lepra in Russland. Während die Fragen über die Ursachen der Lepra und die Mittel zur Bekämpfung derselben vielfach in den letzten Jahren besprochen worden, sei die Frage, wie gross die Zahl der Leprösen, viel zu wenig beachtet; hänge doch von derselben die Zahl der Asyle ab und lasse sich dann erst die Zu- resp. Abnahme der Krankenzahl einigermaassen bestimmen, wenn man eine regelrechte Registration der Leprösen einführe. Die letzten Zweifel bezüglich der infectiösen Natur der Lepra müssten schwinden, wenn man sich mit dem Berichte der von der englichen Lepra-Gesellschaft nach Indien entsandten Commission bekannt mache, der reich an wichtigen Daten über die Aetiologie der Lepra sei. Die Fürsorge für die Leprösen habe bei uns in den letzten Jahren erfreuliche Fortschritte gemacht; es existire bereits für Livland, für Curland und seit einigen Tagen auch für das Gouvernement St. Petersburg ein Verein zur Bekämpfung der Lepra; Vortragender gedenkt in anerkennender Weise der Leprosorien Livlands, besonders der Muster-Leprosorie der Stadt Riga, die auf das vorzüglichste eingerichtet sei und theilt mit, dass gerade jetzt im Gebiet Jakutsk eine Lepra-Colonie in Witimsk unter Leitung des von der Regierung dorthin gesandten Herrn Dr. Giemer errichtet werde. Die Summen zu dieser Leproserie habe Miss Kate Marsden mit ungewöhnlicher Ausdauer gesammelt. Um die Zahl der Leprösen in Russland festzustellen, habe in dankenswerther Weise der Director des Medicinal-Departements vorgeschrieben, die Lepra in die Zahl derjenigen Krankheiten aufzunehmen, über die die Medicinalinspectore genauer alljährig zu berichten hätten. Es lägen gegenwärtig die Berichte für 3 Jahre vor, aus denen sich ergebe, dass officiell registrirt seien pro 1888 — 664 Lepröse, pro 1889 — 792 Lepröse, pro 1890 — 839 Lepröse und zwar 1888 aus 35 Gouvernements und 76 Kreisen; 1889 aus 41 Gouvernements und 86 Kreisen und 1890 aus 46 Gouvernements und 96 Kreisen; somit seien gegenwärtig von den 89 Gouvernements und Gebieten Russlands in 59 Leprafälle constatirt worden, theils sporadisch, theils in Gruppen oder epidemisch auftretend. Diese Zahlen seien ja für den Anfang noch ungenügende und sei die Zahl der Leprösen in Wirklichkeit viel grösser anzunehmen, da nicht alle Fälle von Lepra zur Diagnose resp. Anzeige gelangten; es sei daher nothwendig, dass in jedem Gouvernement besondere Bücher beim Medicinalinspector einzurichten seien, in welchen jeder Fall von Lepra eingetragen werde; die Anzeige der Leprafälle müsse obligatorisch werden, dann erst werde man genauere Daten besitzen, nach denen man den Bestand, Zu- und Abnahme der Seuche werde beurtheilen können.

b) Herr Dr. Adolf v. Bergmann: Danielsen und Boeck haben darauf hingewiesen, dass in seltenen Fällen tuberöse Erscheinungen in relativ kurzer Zeit spontan zur Rückbildung gelangten und dann andere Localisationen der Lepra an ihre Stelle träten; gehöre der demonstrirte Fall etwa zu dieser Kategorie? Jedoch scheine hier in der That eine specifische Wirkung des Gurjanbalsam's vorzuliegen da von sonstigen Erscheinungen der Lepra — neue Localisationen — nichts nachzuweisen sei, die Wirkung relativ rasch eingetreten, die Erscheinungen so gründlich geschwunden seien; ob solche auch in Zukunft ausbleiben werden, könne nur die weitere Beobachtung lehren.

c) Herr Dr. H. Koppel-Dorpat giebt einen kurzen Bericht über die therapeutischen Versuche in Muhli.

1) Methylenblau innerlich: die Tubera verfärbten sich violett, blieben aber, wie sie gewesen.

2) Ichthyol innerlich und äusserlich. keine Erfolge.

3) Naphthalin äusserlich: die Ulcera reinigten sich, es traten frische Granulationen auf und endlich Heilung ein; das Mittel sei bei Geschwüren zu empfehlen; auch bei reichlicher Anwendung seien keine Vergiftungserscheinungen zu beobachten gewesen.

4) Hoàng-Nàn von Missionairen in Tonkin als Radicalmittel gegen Lepra empfohlen, enthält etwas Strychnin; nach den angegebenen Vorschriften angewandt gebe es keine Erfolge.

5) Günstige Beeinflussung der Krankheit sei durch anhaltendes hohes Fieber beobachtet worden: in einem Fall seien die Tubera nach überstandenem Typhus abdominalis geschwunden; in einem zweiten Falle trat nach fieberhaftem Erythema nodosum bedeutende Verkleinerung der Tubera und Heilung der sonst jeder Therapie trotzenden grossen Ulcerationen an den Unterschenkeln und eines Lochgeschwür's an der Fusssohle ein; in einem dritten Fall trat Abflachung der Tubera ein nach längerdauernder Pneumonie.

6) In einem frischen Fall von Lepra tuberosa seien Injectionen von Hydrargyrum salicylicum gemacht worden: nach der ersten Injection 3—4 Tage anhaltendes Fieber über 39° C. Nach der 4. Injection Wiederkehr der seit 1½ Jahren cessirenden Menses, Weicherwerden und Abflachen der Knoten; bei den ferneren Injectionen keine begleitenden Fiebererscheinungen mehr, aber auch keine weiteren Fortschritte der Besserung des Leidens.

d) Herr Dr. Katterfeld-Waldheim und Herr Dr. Ausin-Erwahlen berichten über die zwei in Curland gegründeten «Vereine zur Bekämpfung der Lepra».

Zweite Sitzung.

Mitwoch, den 1. September 1893, 3 Uhr Nachm.

1. Vortrag des Herrn Dr. F. Krüger in Dorpat: **«Ueber die Leucocyten des Blutes und die Blutgerinnung»**. (Der Vortrag ist in der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift Nr. 59. 1893 erschienen.)

2. Vortrag des Herrn Dr. J. Krannhals in Riga: **«Zur Behandlung der Stenocardie»** (Der Vortrag wird in der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift in extenso veröffentlicht werden). Beide Vorträge waren von keiner Discussion gefolgt.

3. Herr Dr. W. Zoege v. Manteuffel in Dorpat hatte seinen Vortrag «Die Beziehungen der Arteriosclerose zur Syringomyelie und ähnlichen Erkrankungen» vor Eröffnung der Sitzungen zurückgezogen, derselbe kam somit nicht zum Vortrag.

4. Vortrag des Herrn Dr. H. Westphalen — St. Petersburg. **«Die Hypersecretionszustände des Magensaftes»**, (ist in extenso in der St. Petersb. med. Wochenschrift № 52, 1893, veröffentlicht).

Discussion.

a) Herr Dr. F. Krüger-Dorpat richtet an den Vortragenden die Anfrage, was er unter qualitativ-gesteigerter Salzsäure verstanden wissen wolle.

b) Herr H. Westphalen giebt zu, dass der Ausdruck «qualitativ gesteigert» nicht unzweideutig sei, er habe in dieser Weise die procentuale Steigerung der «freien» Salzsäure der quantitiven Vermehrung des Magensaftes gegenüberstellen wollen.

c) Herr Dr. F. Krüger schliesst sich der Ansicht des Vortragenden an, dass nur die sog. «freie» Salzsäure d. h. überschüssige Salzsäure für den Kliniker von diagnostischer Bedeutung sei, doch müsse er sich gegen den Ausdruck «qualitative» Steigerung oder Aenderung der Salzsäuresecretion wenden, denn die ausgeschiedene Salzsäure sei eben die chemische Verbindung HCl, die keine qualitative Aenderung erleiden könne.

d) Herrn Dr. Eduard Schwarz — Riga: aus dem Vortrage des Herrn Collegen Westphalen scheine hervorzugehen, dass die Hypersecretionszustände des Magens als Krankheiten sui generis betrachtet werden sollen. In der Entwickelung der Medicinischen Wissenschaft habe es Zeiten gegeben, in denen man die Krankheiten nach einem Symptom benannte und von solchem Standpunkte aus auch noch betrachte. Die jetzige Zeit habe jedoch eingesehen, dass solches falsch gewesen und dass eine solche Anschauungsweise nicht zur Klärung beigetragen habe. In den heutigen Handbüchern finde man noch oft diese alte Betrachtungsweise vertreten, so z. B. werde, um nur ein Beispiel anzuführen, die Trigeminusneuralgie als eine Krankheit sui generis in einem besonderen Capitel abgehandelt; bei dieser sei es vielleicht leichter verständlich, dass sie nur ein Symptom, das bei den verschiedensten nervösen Krankheitszuständen vorkäme — durch verschiedene Ursachen hervorgerufen werde. — Die Trigeminusneuralgie sei als nur eine Aeusserung des Grundleidens zu betrachten. Ganz ähnlich verhalte es sich wohl sehr wahrscheinlicher Weise auch mit dem Magensaftflusse, der bei den verschiedensten Zuständen vorkäme und nicht als ein Leiden sui generis aufzufassen sei.

e) Herr Dr. Apping-Wolmar ist der Ansicht, dass Hypersecretion und Hyperacidität oft ganz ohne nervöse Disposition auftreten und hat von Argentum nitricum — Irrigationen 1‰ 1 Liter (nach Rosenheim) die besten Erfolge gesehen.

f) Herr Dr. Westphalen: Wo es sich um ein primäres nervöses Leiden handele, welches sich mit Hypersecretion und Hyperacidität vergesellschafte, könnten diese Zustände freilich nur den Werth eines Symptoms beanspruchen; anders wo ein neuropathischer Zustand absolut nicht vorhanden sei; hier sei man berechtigt, Hypersecretion und Hyperacidität als selbstständige Krankheiten anzusehen; in Uebereinstimmung mit den Mittheilungen des Herrn Collegen Apping verfüge auch er über einen Fall, bei welchem durch Arg. nitricum-Spülungen eine hochgradige Hypersecretion im nüchternen Magen in wenigen Tagen auf 0 gebracht worden sei. Da in diesem Falle nichts anderes als diese Localtherapie geübt worden sei, so glaube Vortragender, dass schon diese Beobachtung an und für sich darauf hinweise, dass die Hypersecretion sehr wohl als selbstständiges Leiden bestehen könne.

g) Herr Dr. Eduard Schwarz: Solche Beobachtungen geben keinen ausreichenden Grund ab, die fraglichen Zustände als Krankheiten sui generis aufzufassen. Der Glanz des vorzüglichen therapeutischen Erfolges sei eher dazu geeignet den glücklichen Beobachter zu blenden. Wenn man bei dem vorhin erwähnten Beispiele der Trigeminusneuralgie bleiben wolle, so könne man dort ganz Aehnliches beobachten. Bei Neuralgien auf luetischem Boden entstanden, sehe man nach einmaligen oder einigen Anwendungen des galvanischen Stromes ähnliche glänzende Erfolge, wie nach den Spülungen mit Arg. nitricum bei Hypersecretion, doch würde man sich oft seine guten Erfolge nicht sichern. wenn man nicht nebenbei Jodkalium geben würde. Wenn sonst keine syphilitischen Erscheinungen vorhanden, ist das Grundleiden eben nicht nachzuweisen. Noch schwieriger hält es oft eine nervöse Disposition nachzuweisen, deren volle Berücksichtigung erst die Daten für die Beurtheilung der in Frage kommenden Zustände gebe.

h) Herr Dr. Israelson-Kurland hebt hervor, dass in Bezug auf die dahingehenden Ausführungen des Herrn Collegen Westphalen die Hypersecretion und Hyperacidität in Kurland seiner Beobachtung nach nicht oft vorkäme.

i) Herr Dr. Westphalen: habe einen Patienten behandelt der aus Kurland stamme, der an Ulcus und Hyperacidität gelitten; wie es sich speciell mit Kurland verhalte, wisse er nicht, er habe hauptsächlich die relative Häufigkeit der Hyperacidität und Hypersecretion bei der ostseeprovinziellen Bevölkerung im Gegensatze zu der des übrigen russischen Reiches betonen wollen.

5. Vortrag des Herrn Dr. J. Vierhuff: **«Zur Casuistik der Darminvagination»**. (Erschienen in der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift 1893 Nr. 41.)

Eine Discussion fand nicht statt.

D. Z. Secretär: Dr. med. Eduard Schwarz.

Vermischtes.

— Se. Kaiserliche Hoheit der Grossfürst Sergei Alexandrowitsch hat das Ehrenpräsidium des bevorstehenden IX. Congresses russischer Naturforscher und Aerzte in Moskau anzunehmen geruht.

— Die Conferenz der militär-medicinischen Academie hat die Professoren Pasteur (Paris), Billroth (Wien) und den Prof. emer. Trapp hierselbst zu Ehrenmitgliedern der Academie erwählt.

— Der bekannte Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie in Bonn, Geh. Medicinalrath Dr. Gustav Veit, ist vom deutschen Kaiser in den Adelstand erhoben worden.

— Ordensverleihung: der St. Annen-Orden II. Classe — dem Mitgliede der Expedition zum Jenissei-Flusse, Marinearzt Hofrath Dr. Bunge.

— Verstorben: 1) Am 26. November in Nikopol der Kreisarzt von Nowomoskowsk S. A. Schaposchnikow im 42. Lebensjahre an Tuberculose. Nach Erlangung des Arztgrades an der medico-chirurgischen Academie im Jahre 1876 war Sch. anfangs Militärarzt, dann Stadtarzt in Nikopol und zuletzt Kreisarzt in Nowomoskowsk. Er hat seine Frau mit einem unerzogenen Sohn ganz mittellos hinterlassen. 2) Am 1. December in Wologda der freiprakticirende Arzt S. P. Lawdowski im Alter von 34 Jahren an Phthisis. 3) In Petersburg am 15. December der hiesige Arzt Wl. N. Antonewitsch. 4) In Halle der Senior der dortigen medicinischen Facultät Prof. Dr. Ludwig Krahmer. Er gehörte seit 1838 dem Lehrkörper der Universität und bekleidete daneben das Stadtphysikat in Halle. In der letzten Zeit hielt er wegen vorgerückten Alters keine Vorlesungen. Der Hingeschiedene ist auf den von ihm vertretenen Lehrgebieten der Staatsarzneikunde, öffentlichen Gesundheitspflege und Arzneimittellehre auch vielfach literärisch thätig gewesen. Wir heben hier nur sein «Handbuch der gerichtlichen Medicin» seine «Aerztliche Heilmittellehre» (1861), sowie sein «Handbuch der Staatsarzneikunde» in 3 Bänden hervor.

— Von den 73 Aerzten, welche im Jahre 1863 die medico-chirurgische Academie bezogen und im December des Jahres 1868, also vor 25 Jahren, den Cursus absolvirten, sind bereits 22 gestorben. Am Jubiläums-Diner, welches die in St. Petersburg lebenden Aerzte dieses Coetus unter sich veranstalteten, betheiligten sich 14 derselben. Auf diesem Diner wurde von einem der Jubilare, dem Prof. L. W. Popow, der Vorschlag gemacht, zum Andenken an dieses 25-jährige Jubiläum des Coetus ein Stipendium bei der Academie zu stiften, was allgemeine Zustimmung fand. Prof. Popow zeichnete selbst als erster 1000 R. für diesen Zweck.

— Am 8. December beging auch die Aerztin Kaschewarewa-Rudnewa das 25-jährige Jubiläum ihrer ärztlichen Thätigkeit. Dieselbe ist bekanntlich die einzige Aerztin, welche ihre medicinische Ausbildung und den Doctorgrad bei der hiesigen medicinischen Academie erhalten hat und zwar zur Zeit, als ihr verstorbener Gemahl Prof. M. M. Rudnew, gelehrter Secretär der Academie war.

— Von den 14 Studirenden des letzten Cursus, welche zu Ende dieses Semesters an der militär-medicinischen Academie sich der Arztprüfung vor der Regierungscommission unter dem Vorsitz des Physiologen Prof. Owsjanikow unterzogen, ist 12 der Arztgrad zuerkannt worden, darunter 6 cum eximia laude. Zwei haben das Examen nicht bestanden.

— Am 18. December beging die militär-medicinische Academie ihren 95. Stiftungstag mit einem feierlichen Actus, auf welchem Prof. Iwanowski die **Festrede «Ueber die**

Bedeutung der Medicin in der Entwickelungsgeschichte des Criminalrechts» hielt. Dem Actus ging eine kirchliche Feier in der Universitätskirche voran, in welcher eine schwarze Marmortafel mit den Namen der ehemaligen Jünger der Academie eingeweiht wurde, welche bei der Bekämpfung der Typhus- und Choleraepidemie in den Jahren 1891 u. 92 in verschiedenen Theilen des Reiches ein Opfer derselben geworden sind. Es sind im Ganzen 12 Aerzte und 3 Studenten auf der Gedenktafel verzeichnet, ausserdem Dr. Swertschkow, welcher beim Untergange der «Russalka» seinen Tod fand. Nach dem vom gelehrten Secretär der Academie, Prof. Fürst Tarchanow verlesenen Jahresbericht betrug die Zahl der Studirenden und Hörer zum Beginn des Studienjahres 716; es traten im Laufe des Jahres neu ein 185 und traten aus 190. so dass zum Schluss des Jahres die Gesammtzahl sich auf 711 Studirende und Zuhörer belief. Das Lehrpersonal der Academie besteht gegenwärtig aus 5 Academikern, 22 ordentlichen und 12 ausserordentlichen Professoren, 11 Prosectoren, 3 Laboranten und 7 Assistenten bei den Kliniken. Die Zahl der Privatdocenten beträgt 42. In den Kliniken der Academie wurden im Laufe des Berichtsjahres 32.360 Kranke (gegen 23,330 im Vorjahre) behandelt, darunter 76 Cholerakranke.

Academische Grade und Würden wurden von der Conferenz der Academie im Berichtsjahre im Ganzen 592 ertheilt. und zwar die Doctorwürde — 92 Personen, der Arztgrad — 149, die Würde eines Medicinalinspectors — 2, eines Kreisarztes — 2, eines Accoucheurs — 1, eines Dentisten — 34, einer Hebamme 254, eines Provisors — 12, eines Apothekergehülfen — 46 Personen.

— Im Jahre 1893 begingen fünf medicinische Gesellschaften in Russland das 25jährige Jubiläum ihres Bestehens. Es waren die med. Gesellschaften in Woronesh, Jelisawetgrad, Kertsch, Simbirsk und Simferopol.

— Wir entnehmen dem Jahresbericht der Universität Jurjew (Dorpat) pro 1893 im Nachstehenden einige Daten:

Die Zahl der Studirenden betrug zum 1. December dieses Jahres: in der medicinischen Facultät 821, in der theologischen 235, in der physiko-mathematischen 138, in der juristischen 100. in der historisch-philologischen 53, wozu noch 199 Zuhörer der Pharmacie kommen, was in Allem die Zahl von 1546 Studirenden und Pharmaceuten ergiebt. Freie Zuhörer gab es 9. Das Lehrpersonal bestand aus 1 Professor der orthodoxen Theologie, 33 ordentlichen und 16 ausserordentlichen Professoren, 13 Docenten, 5 Privatdocenten, 1 Observator, 1 gelehrten Apotheker. 2 Prosectoren, 3 Lectoren, 1 Lehrer der Gymnastik und 1 Lehrer der zahnärztlichen Technik — im Ganzen aus 77 Personen. Im Verwaltungswesen waren 57 Personen angestellt. — Im Lehrpersonal der medicinischen Facultät kam nur eine Veränderung vor, indem an Stelle des Prof. Dr. Küstner, welcher einem Rufe an die Universität Göttingen folgte, der Privatdocent und Prosector an der Moskauer Universität, Dr. Alex. Gubarew, zum ausserordentlichen Professor der Geburtshülfe, Frauen- und Kinderkrankheiten ernannt wurde. Zum Decan der medicinischen Facultät wurde an Stelle Prof. Dragendorff's, Prof. Wassiljew ernannt.

— Betreffs der Thätigkeit der medicinischen Institute der Universität ist Folgendes hervorzuheben: In den Universitätskliniken wurden in der Zeit vom 1. Dec. 1892 bis zum 1. Decemb. 1893 theils klinisch, theils ambulatorisch und poliklinisch 19,127 Kranke behandelt, und zwar: in der medicinischen Klinik 4093, in der Poliklinik 3940, in der chirurgischen 3882, in der ophthalmologischen 3499, in der gynäkologischen 2026, in der psychiatrischen 749, in der Universitäts-Abtheilung des Bezirkshospitals 274 und in der Abtheilung für Zahnkrankheiten 664. Im pathologischen Institut wurden 111 Leichen obducirt, im gerichtsärztlichen Institut 137 Sectionen (19 gerichtsärztliche, 44 polizeiliche und 74 pseudo-gerichtliche) bewerkstelligt.

— Der soeben abgeschlossenen officiellen Bevölkerungsstatistik für Finnland im Jahre 1892 entnehmen wir, dass bei einer Bevölkerung von 2,431,753 Personen im genannten Jahre 208 Personen im Alter von mehr als 90 Jahren starben und zwar 69 Männer und 139 Frauen Davon waren zwei Frauen 100—101 Jahre alt geworden und eine 105 Jahre.

— Upsala. Dr. A. O. Lindfors, bisher Docent in Lund, ist zum Professor der Geburtshilfe und Frauenkrankheiten ernannt worden.

— Stockholm. Prof. Rossander hat seinen Abschied genommen.

— Christiania. Dr. med. Chr. Leegaard hat sich als Docent für Nervenkrankheiten niedergelassen.

— Wir machen nochmals darauf aufmerksam, dass der V. Congress der Gesellschaft russischer Aerzte am 27. December durch eine feierliche Plenarversammlung der Congressmitglieder im Saale der Adelsversammlung (Michailowskaja) um 1 Nachmittags eröffnet wird. Am Abend vorher findet zur Begrüssung und behufs Berathung über die Wahl der Präsidenten und Secretäre und der Vorstandsmitglieder eine Zusammenkunft im Aerzteclub statt. Das Congressbureau besteht aus 4 Abtheilungen und zwar a. Abtheilung für Auskünfte (Prof. Manasseïn), b. Abth. des Schatzmeisters (Dr. Woronichin); c. Abth. des Secretärs (Prof. Anrep) u. d. Abth. des Redacteurs (Prof. Slawjanski). Die mit dem Congress verbundene medicinische Ausstellung ist bereits am 22. Dec. in den Sommerbaracken des Marienhospitals (Liteinyj-Prospect) eröffnet worden.

— Das Organisationscomité des vom 3. bis 11. Januar 1894 in Moskau tagenden IX. Congresses russischer Naturforscher und Aerzte macht bekannt, dass am 3. Januar eine Vorversammlung, am 4., 7. und 11. Januar allgemeine Sitzungen und am 5., 6., 8., 9. und 10. Januar Sectionssitzungen stattfinden werden. Die Plenarversammlungen werden im Saale des Moskauer Adelsclubs, die Sectionssitzungen in den Räumen der Universität abgehalten werden. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 3 Rbl. Das Tageblatt des Congresses wird der Professor der Anatomie Sernow redigiren. Alle Anfragen, Sendungen etc. sind an den Geschäftsführer des Comités, Prof. A. A. Tichomirow (im Universitätsgebäude) zu richten.

— Die Choleraepidemie in Russland erlischt allmälig in vielen Gouvernements und Städten. Livland ist seit der Mitte, Taurien seit dem Ende des November-Monats cholerafrei. Die grösste Zahl der Erkrankungen entfällt auf die Stadt St. Petersburg, wenn auch eine geringe Abnahme bereits zu constatiren ist. Vom 16.—22. Dec. erkrankten hierselbst 155 Personen, genasen 89, starben 71 und verblieben in Behandlung am 22. Dec. 153 Personen. In der Vorwoche betrugen die entsprechenden Zahlen 180, 90, 79 und 163.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 19. December d. J. 6462 (74 wen. als in der Vorwoche), darunter 242 Typhus — (2 wen.), 713 Syphilis — (10 wen.), 57 Scharlach (2 wen.), 25 Diphtherie — (1 mehr), 101 Masern — (7 wenig.), 30 Pocken — (1 wen.) und 158 Cholerakranke — (1 mehr als in der Vorwoche).

Vacanzen.

Landschaftsarztstelle im Kreise Odojew. (Gouv. Tula). Gehalt 900 R. nebst freier Wohnung und 300 R. zu Fahrten. Adresse: «Одоевская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 12. bis 24. December 1893.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt
324	290	614	115	45	86	15	9	21	66	73	57	49	46	22	10	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 8, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 5, Masern 12, Scharlach 7, Diphtherie 8, Croup 6, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 16, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 98, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 80, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 50, Marasmus senilis 18, Krankheiten des Verdauungscanals 51, Todtgeborene 27.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 4. Januar 1894.

Nächste Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins Montag den 10. Januar 1894.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА 1894 ГОДЪ

на журналъ

„ХИРУРГИЧЕСКАЯ ЛѢТОПИСЬ"

(IV годъ изданя)

выходящій подъ редакціей Н. В. Склифосовскаго (директора клиническаго Института Великой Княгини Елены Павловны въ С.-Петербургѣ) и **П. И. Дьяконова** (профессора оперативной хирургіи Императорскаго Московскаго Университета) каждые 2 мѣсяца по слѣдующей программѣ:

1) Самостоятельныя статьи и работы по всѣмъ отдѣламъ хирургіи.

2) Рефераты статей по хирургіи и относящимся къ ней отдѣламъ врачебныхъ знаній, съ обращеніемъ преимущественнаго вниманія на русскія работы по хирургіи.

3) Критика и библіографія.

4) Описаніе новыхъ хирургическихъ инструментовъ, приборовъ и повязокъ—съ рисунками.

5) Отчеты о дѣятельности русскихъ и иностранныхъ хирургическихъ обществъ и съѣздовъ.

6) Разныя извѣстія.

7) Протоколы хирургическаго общества въ Москвѣ.

8) Объявленія.

Статьи для помѣщенія въ „Хирургической Лѣтописи" просятъ адресовать на имя проф. **Н. В. Склифосовскаго** (С.-Петербургъ, Моховая, 6) или проф. **П. И. Дьяконова** (Москва, Тверская ул., д. Гиршмана). Статьи, гдѣ-либо напечатанныя, не принимаются. Редакція оставляетъ за собою право, въ случаѣ надобности, производить сокращенія и нѣкоторыя измѣненія въ присылаемыхъ для напечатанія статьяхъ. Авторы статей получаютъ гонораръ въ размѣрѣ отъ **25** р. до **30** р. за листъ. Кромѣ того, авторы самостоятельныхъ работъ получаютъ 25 отдѣльныхъ оттисковъ своей статьи.

ПОДПИСКА на „Хирургическую Лѣтопись" **принимается въ редакціи** (Москва, Тверская, домъ Гиршмана, квар. проф. П. И. Дьяконова), **въ книжныхъ магазинахъ Ланга** (Москва, Кузнецкій мостъ, домъ князя Гагарина) и **Карцева** (Москва, Мясницкая ул., Фуркасовскій переулокъ, домъ Обидиной).

Цѣна за годъ съ пересылкой и доставкой 7 руб.

Цѣна за объявленія, помѣщаемыя въ „Хирургической Лѣтописи"— **10** руб. за цѣлую страницу и **6** руб. за половину страницы и менѣе. Рекламы и объявленія о тайныхъ средствахъ не принимаются.

Въ редакціи можно получать оставшіеся экземпляры „Хирургической Лѣтописи" за прошлые годы по нижеслѣдующей цѣнѣ: томъ I (1891 г.)— **3** руб. съ пересылкою, т. II (1892 г.—безъ **№ 2**, который разошелся весь безъ остатка)—**6** р. съ пересылкою и т. III (1893 г.)—**7** р. съ пересылкою.

НАУЧНО-СПЕЦІАЛЬНЫЙ И БЫТОВОЙ ЖУРНАЛЪ

„ФАРМАЦЕВТЪ"

ПРОГРАММА:

Научный отдѣлъ: 1) Оригинальныя статьи по фармаціи и входящимъ въ составъ ея отдѣламъ наукъ изъ области медицины, химіи и естествознанія. 2) Обзоръ отечественной и иностранной литературы по тѣмъ же предметамъ и извлеченія изъ нея. 3) Новыя врачебныя средства, ихъ свойства и примѣненіе. Патентованныя и секретныя средства. 4) Статьи по изслѣдованію продовольственныхъ и жизненныхъ продуктовъ, а также предметовъ техническаго и фабричнаго производства. Борьба съ фальсификаціей во всѣхъ ея проявленіяхъ. 5) Работы изъ области судебной и санитарной химіи. Дезинфекція. 6) Изслѣдованія химическія и микроскопическія въ области фармаціи и фармакогнозіи и методы опредѣленія доброкачественности врачебныхъ средствъ. 7) Отдѣлъ парктической фармаціи. 8) Библіографія.

Бытовой отдѣлъ: 9) Оффиціальная часть: правительственныя распоряженія, статистическіе медицинскіе отчеты, разрѣшенія на открытіе аптекъ, опредѣленіе и перемѣщеніе фармацевтовъ по вѣдомствамъ: военному и морскому. 10) Сообщенія и отчеты фармацевтическихъ обществъ. 11) Хроника аптечной жизни. 12) Біографіи и некрологи извѣстныхъ дѣятелей на поприщѣ фармаціи, химіи, и естественныхъ наукъ. 13) Справочный отдѣлъ. 14) Открытая корреспонденція. 15) Объявленія.

УСЛОВІЯ ПОДПИСКИ:

Цѣна журнала съ доставкой и пересылкой въ годъ 6 руб., за 6 мѣсяцевъ 3 руб., 50 коп., за 3 мѣсяца 2 руб., каждый № 40 коп.

Годовымъ подписчикамъ допускается разсрочка по третямъ года.

Подписка принимается: 1) **въ редакціи** (Гороховская улица, домъ бывш. графа Разумовскаго), 2) **въ конторѣ типографіи** товарищества И. Н. Кушнеревъ и К° (Пименовская улица, собств. домъ) и въ магазинѣ той же фирмы (Никольская, д. бр. Чижовыхъ).

Объявленія принимаются по цѣнѣ: за 1/1 страницу 30 руб., за 1/2 страницы 15 руб., за строку петита (въ страницѣ 3 столбца) 15 коп.

При повтореніи объявленій дѣлается скидка. Особыя приложенія по соглашенію.

Редакторы-издатели: магистры фармаціи { И. Антушевичъ. Э. Альтгаузенъ.

Radlauer's Somnal

in flüssiger Form das **wirksamste** und **unschädlichste Schlafmittel** ohne schädliche Nebenwirkungen selbst bei längerem Gebrauch. Dosis 1/2 bis ganzer Theelöffel in Milch oder Bier. 10 gramm = 60 Centimes.

Radlauers Antinervin in Pulverform.

Von Autoritäten erprobtes Antineuralgicum u. Antinervinum, speciell bei Gelenkrheumatismus, Neuralgien, Gicht, Migräne, Influenza u. typisch. Fiebern. Dosis 1/2 gramm 4 mal täglich, 4 mal billiger als Antipyrin ersetzt und übertrifft er dasselbe 10 g = 60 Centimes. Beide Mittel sind in der Kgl. Universitätsklinik des Herrn Prof. Dr. Senator, sowie in den Kliniken von Prof. Dr. Eulenburg, Prof. Dr. Mendel Prof. Dr. Litten, Prof. Dr. Zülzer mit gutem Erfolg angewandt worden.

All. Farb. **Radlauer's Kronen-Apotheke** Berlin W., Friedrichsstrasse 160.

Depôt in Petersburg bei der Russischen Pharmaceut. Handelsgesellschaft und in Moskau bei Carl Ferrein. (126) 6-3.

Verlag v. AUGUST HIRSCHWALD i. Berlin

Januar 1894 beginnt der IV. Jahrgang:

Hygienische Rundschau

Herausgegeben von

C. Fraenkel, Prof. der Hygiene in Marburg. **M. Rubner**, Prof. d. Hygiene in Berlin.

H. Thierfelder, Privatdocent in Berlin.

Monatlich zwei Nummern. Abonnementspreis halbjährlich 14 Mark.

Dr. Erlenmeyer'sche

Anstalt fur Gemütskranke

in Bendorf bei Coblenz.

Aufnahme von Gemütskranken, Morphinisten, Alkoholisten findet jederzeit statt. Näheres durch Prospecte.

(125) 5—3. San.-Rat Dr. Erlenmeyer. Dr. Halbey.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Marie Mohl, В. О. 1. л. д. 44 кв. 3.

Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.

Frau A. Wiander, Вас. Остр. 7 л. д. 6, кв. 6.

Frau Marie Kubern, Мойка 84, кв. 19.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

Д-ръ В. К. Панченко.

Современное положеніе

УЧЕНІЯ о СПЕРМИНѢ

(Sperminum-Poehl)

на основаніи физіологическихъ данныхъ и наблюденій надъ больными.

(Отд. оттискъ изъ «Журнала Медицинской Химіи и Фармаціи» 1893 № 3.

1893. Цѣна 30 к. съ перес. 40 к.

Дозв. ценз. Спб. 24 Декабря 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 1. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1893.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Archiw psichiatrii, neirologii i ssudebnoj psichopatologii (Archiv für Psychiatrie, Neurologie u. gerichtl. Psychopathologie).
Bolnitschnaja gaseta Botkina. (Botkin's Hospitalzeitung).
Chirurgitscheskij westnik. (Chirurgische Zeitschrift).
Medizina. (Medicin).
Medizinskoje obosrenije. (Medicinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku. (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Meshdunarodnaja klinika. (Internationale Klinik).
Praktitscheskaja medizina. (Praktische Medicin).
Russkaja medizina. (Russische Medicin).
Semskij wratsch. (Der Landarzt).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej. (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Westnik oftalmologii. (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Westnik klinitscheskoj i ssudebnoj psichiatrii i neiropatologii. (Zeitschrift für klinische und gerichtliche Psychiatrie und Neuropathologie).
Westnik obschtschestwennoj gigieny, ssudebnoj i praktitscheskoj mediziny. (Zeitschrift für öffentliche Hygiene, gerichtliche und praktische Medicin).
Wojenno-medizinskij shurnal. (Militär-medizinisches Journal).
Wratsch. (Der Arzt).

Medizinskoje Obosrenje Nr. 18—24 (Schluss).

S. Feodorow. Ueber künstliche Immunität bei asiatischer Cholera Nr. 18.

Verf. hat an Meerschweinchen Immunitätsversuche angestellt. Er brachte den Thieren zunächst das Antitoxin (Cholera-Thymus-Bouillon) subcutan bei und inficirte sie sodann mit vollvirulenten Choleraculturen. Wenn zwischen der Antitoxin-Injection und der Infection mit Cholerabacillen 20 Stunden vergangen waren, blieben die Meerschweinchen stets am Leben. War diese Zeit kürzer, dauerte sie etwa nur 6—7 Stunden, so erkrankten die Meerschweinchen fast immer und viele starben auch. Verf. überzeugte sich ferner von der relativen Giftlosigkeit des Antitoxins an Kaninchen und unternahm es schliesslich das Mittel an Cholera-Patienten zu prüfen. Die Zahl der Fälle, an denen das Mittel geprüft wurde, ist sehr gering, so dass Verf. sich keinen Schluss erlaubt; jedoch so viel konnte er constatiren, dass das Cholera-Antitoxin keine giftigen Eigenschaften besitzt; bei subcutaner Injection des Mittels konnte Verfasser Besserung des Allgemeingefühls und Hebung der Herzaction constatiren.

W. Tipjakow. Einige Bemerkungen über die Cholera bei Frauen Nr. 18.

W. Scherwinski (Professor). Ueber die Complicationen bei Influenza. Nr. 18.

Verf. beschreibt einen Fall von Glycosurie nach Influenza und spricht seine Meinung dahin aus, dass die Zuckerharnruhr in diesem Falle eine nervöse Affection sei, auch hat Verfasser Diabetes insipidus als Complication der Grippe gesehen.

L. Darkschewitsch und S. Tichonow. Ueber pathologo-anatomische Veränderungen bei nicht specifischer peripherer Facialis-Paralyse. Nr. 18.

W. Roth. 2 Fälle von Akromegalie Nr. 18.

Verf. giebt einen ausführlichen Bericht über 2 unter seiner Behandlung gewesenen Fälle von Akromegalie; die einzelnen Maasse sind genau bestimmt; ferner finden sich auch recht gelungene Abbildungen.

W. Brunner. Ueber Enteritis membranacea Nr. 19.

Verf. hat im Warschauer klinischen Hospital 6 Fälle von Enteritis membranacea beobachtet, dabei die ausgeschiedenen Massen chemisch und mikroskopisch untersucht; er ist der Meinung, dass man die Krankheit durchaus nicht als eine Neurose, wie es Nothnagel meint, aufzufassen habe, sondern in den meisten Fällen sind die ausgeschiedenen Membranen als Symptom eines catarrhalischen Zustandes der Darmschleimhaut anzusehen.

A. Pombrak. Ein Fall von Angina ulcero-membra nosa Nr. 19.

Sassjadko. Untersuchungen über den Werth der Trichloressigsäure und der gewöhnlichen Essigsäure bei der quantitativen Eiweissreaction Nr. 19.

Mit der Trichloressigsäure konnte Verf. immer eine grössere Menge Eiweiss im Harne constatiren, als mit der gewöhnlichen Essigsäure; diese löst einen Theil des Harneiweisses, indem sie Acidalbumin bildet, und auf diese Weise geht dieser Theil bei der quantitativen Bestimmung verloren.

N. Popow (Professor). Zur Pathologie des Patellarreflexes. Nr. 20.

Bei einem 18jährigen Gymnasiasten constatirte Verf. Atrophie der Muskeln der rechten unteren Extremität, namentlich des m. rectus cruris; im Gebiete des n. peroneus dext. verminderte tactile Empfindlichkeit, rechterseits vollständiges Fehlen des Patellarreflexes, linkerseits Steigerung dieses Reflexes und Vorhandensein des Fussclonus. Als Ursache dieser krankhaften Zustände fand Popow eine rechtsseitige Gonitis. Das Fehlen des Kniescheibenreflexes auf der einen, und die Steigerung dieses Reflexes auf der anderen Seite erklärt sich nach Verf. dadurch, dass die Nervenelemente des Rückenmarks rechterseits im Zustande des Torpors (nach Charcot) sich befinden, linkerseits im Zustande der Hypertonie.

Bei einem 23jährigen Soldaten beobachtete Verf. Symptome, die unzweifelhaft auf einen Hirntumor hinwiesen, was sich auch bei der Autopsie bestätigte. In den ersten Tagen des Hospitalaufenthalts waren die Patellarreflexe recht deutlich; nach Wochen waren sie beiderseits abgeschwächt, diese Abschwächung progressirte linkerseits und nach einigen Tagen schwand der linksseitige Reflex völlig; rechterseits war im Verlauf von einigen Tagen eine Steigerung des Reflexes zu beobachten, die aber bald wieder in Abschwächung und schliesslich in völliges Versiegen überging. Auch hier nimmt Verf. an, dass die Ursache der Aenderung in dem Verhalten der Patellarreflexe nicht peripherer (Laesion peripherer Nerven), sondern centraler Natur sei.

N. Kuschew. 33 Fälle von Sectio mediana. Nr. 20.

E. Stepanow. Zur pathologischen Anatomie und Histologie des Rhinoskleroms Nr. 20.

Die ziemlich umfangreiche Arbeit ist insofern von ganz besonderem Interesse, als es dem Verf. gelang zum ersten Male eine systematische postmortale Untersuchung des ganzen oberen Abschnittes der Athmungswege vom Naseneingange bis zur Mitte der Trachea auszuführen. Die Resultate waren folgende: Die Praedilectionsstellen des Rhinosklerums sind der knorplige Theil der Nase und der Eingang in den knöchernen Theil der Nasenhöhle, die Choanen und der Kehlkopf unterhalb der Stimmritze. Alle diese Regionen sind Stellen, wo der obere Athmungstractus normale Verengerung erfährt, und wo das Plattenepithelium in das Flimmerepithelium übergeht. Jede Region wird isolirt betroffen, ein Weiterschreiten des Processes per continuitatem wird nicht beobachtet. Die Blenorrhoea laryngis nach Störk ist nicht als eine Krankheit sui generis aufzufassen, sondern als Sklerom der Athmungswege.

Tipjakow. Ueber einige Fälle von Laparotomie zur Entfernung von Uterusmyomen. Nr. 21.

Solowjew. Zur Casuistik der Uterusperforation durch Instrumente. Nr. 21.

A. Tauber (Professor). Ueber den Einfluss der Constitution auf den Verlauf traumatischer Laesionen. Nr. 22.

In seiner Antrittsrede (Warschauer chirurgische Klinik) führt der Verf. aus, wie sehr wichtig für den Chirurgen das Individualisiren des Falles sei, wie sehr verschieden auf einen und denselben traumatischen Insult verschiedene Constitutionen reagiren.

Iljin. Ein Fall von traumatischer Laesion der linken Niere mit dem Ausgang in Heilung und Verbleiben einer Wanderniere Nr. 22.

P. Feodorow. Beobachtungen über die Function der Harnleiter beim Menschen. Nr. 22.

Verfasser stellt folgende Thesen auf: 1) Die Contraction der Ureteren erfolgen peristaltisch; 2) Durch diese peristaltische

Contractionen wird der Harn portionenweise in die Harnblase getrieben. 3) Nicht jede Verengerung des Lumens der Harnleiter ist mit einem Harnerguss verknüpft. 4) Die Contractionen beider Ureteren sind nicht synchronisch. 5) Die Zahl der Contractionen ist für ein und denselben Harnleiter je nach der Zeit der Beobachtung verschieden. 6) Die Zahl der Zusammenziehungen des rechten Ureters ist in einer gewissen Zeiteinheit grösser, als die des linken Ureters und das Verhältniss dieser Zahlen ist constant. 7) Diese Thatsache erklärt sich dadurch, dass der rechte Harnleiter kürzer ist und die rechte Niere eine grössere Urinquantität absondert, als die linke. 8) Die Harnquantität, welche während einer Contraction fortgetrieben wird, ist verschieden; sie schwankt zwischen 1,0—0,1 (für jeden Ureter). 9) Die Gesammturinquantität, welche in der Zeiteinheit von dem rechten Ureter in die Blase getrieben wird, ist grösser, als die, welche in derselben Zeiteinheit von dem linken Harnleiter ausgetrieben wird. 10) Die Zahl der Ureteren-Contractionen und die Gesammt-Urinquantität für eine gewisse Zeiteinheit steht im directen Verhältnisse zur Quantität der Flüssigkeiten, welche in den Organismus hineingelangen. Verfasser hat auch Beobachtungen angestellt über die Thätigkeit der Ureteren unter dem Einflusse verschiedener harntreibender und sog. Herznierenmittel. Die Resultate waren unter anderen folgende: 1) Unter dem Einflusse dieser Mittel wird die Zahl der Ureterencontractionen vergrössert, die durchschnittliche Menge des von den Ureteren fortgetriebenen Urins wird kaum beeinflusst. 2) Bei Anwendung mässiger Coffeincosen werden die Contractionen verdoppelt.

Zapolski-Dannar. Ein Fall von paroxismaler Tachycardie mit sehr lang andauernden Anfällen. Nr. 23.

Bei einem 39jährigen Herren traten tachycardische Anfälle in längeren Zwischenräumen auf und dauerten relativ sehr lange Zeit; der letzte vom Autor beobachtete Anfall währte 19 Tage und 8 Stunden.

Kusmin. Episiocleisis bei einer Fistula vesico-urethro-et recto-vaginalis. Nr. 23.

M. Popjalkowski. Die Electricität bei reflectorischem Erbrechen Schwangerer. 23.

Verf. hat bei Schwangeren gegen das unstillbare Erbrechen mit gutem Erfolge die Galvanisation angewandt, die Anode wird auf die Halsgegend im Gebiete des Vagus gesetzt und dort mittels eines vom Verf. construirten Fixionsbandes befestigt, die Kathode auf die Herzgrube. Am besten ist es die Sitzungen vor dem Essen vornehmen zu lassen.

Kyrillin. Fälle von asiatischer Cholera bei Kindern, beobachtet im Wladimir'schen Kinderspitale. Nr. 23.

Im Ganzen wurden 12 Eälle beobachtet. Von den einzelnen Symptomen hebt Verf. hervor, dass die Diarrhoe und das Erbrechen sich in mässigen Graden hielten, manchmal waren die Durchfälle nur sehr gering und selten; Krämpfe wurden gar nicht beobachtet; dagegen waren schon frühzeitig die Facies cholerica, das starke Sinken der Temperatur (bis auf 35°) und die Anurie zu constatiren. Von den Kranken starben 8 (66,7%). Was die Behandlung anlangt, so wurden Salol, Bismuthum salicylicum, Acidum lacticum ganz ohne Erfolg angewandt; nützlicher erwiesen sich die Excitantien, Valeriana, Kampher und die Hypodermoklyse.

Abelmann.

Shurnal akuscherstwa i schenskich bolesnej. Juni – September (№ 6 – 9).

W. Beckmann. «Zur Aetiologie der Uterusrupturen.» (6).

Als Einleitung giebt Verfasser sehr ausführliche literärische Angaben über Uterusruptur. In dem von B. beobachteten Falle handelte es sich um eine 32jährige VII para mit normalem Becken, welche die vorausgegangenen Geburten alle gut überstanden hatte. Am 26. November, 2 Uhr Mittags Beginn der Wehen. Unter ziemlich starken Wehen sprang um 1 Uhr Nachts die Blase; vollständige Erweiterung des M. M. Der Kopf tritt in den Becken ein; Pfeilnaht im rechten schrägen Durchmesser, mit ein wenig tiefer stehenden Fontanelle. Um 4 Uhr schwinden die kindlichen Herztöne und die Wehenthätigkeit hört auf. Auffallende Veränderung im Befinden der Pat.; Puls schwach und beschleunigt. Herztöne schwach, Athmung frequent. Es wurde daher die Zange applicirt und mit wenigen Fractionen das Kind extrahirt. Nach der Geburt des Kindes besserte sich der Zustand der Pat. nicht; zeitweise traten mässige Gebärmutterblutungen auf; Moschus, Aetherinjectionen und Kochsalztransfusionen blieben erfolglos. Obgleich der Geburtsverlauf keine Anhaltspunkte für die Annahme einer Uterusruptur darbot, wurde doch eine Digitaluntersuchung vorgenommen, welche jedoch keine positiven Resultate ergab. Tamponade mit Jodoformmarly.

Den ersten Tag nach der Geburt befand sich Pat. in erträglichem Zustande. Bei der Entfernung des Tampon am 2. Tage stellte sich eine mässige aber continuirliche Blutung ein und konnte jetzt durch die Untersuchung eine Ruptur der hinteren Gebärmutterwand nachgewiesen werden. Am 3. Tage traten heftige Schmerzen im Leibe und Aufstossen ein; am 5. Tage ging Pat. unter den Erscheinungen einer Peritonitis zu Grunde.

Bei der Section wurde ein Riss in der hinteren Gebärmutterwand constatirt, dessen unterer Winkel sich am Rande der hinteren Muttermundlippe (der Mittellinie entsprechend) befindet und dessen oberer Winkel ca. 3 Cm. unterhalb der Abgangsstelle des lig. ovarii gelegen ist. Der Riss verläuft demnach in seinem unteren Abschnitte in der hinteren Cervixwand ungefähr der Mittellinie derselben entsprechend, weicht darauf nach links ab und lässt sich, nachdem er den inneren Muttermund passirt hat, auf der linken Hälfte der hinteren Gebärmutterwand ca. 2 Cm. von der linken Seite derselben entfernt verfolgen.

Ueber dem inneren M. M. ist im unteren Uterinsegmente noch ein kleiner Riss vorhanden, welcher in querer Richtung verläuft und den grösseren kreuzt. Der Längsriss ist 15 Cm. lang (8 Cm. Cervix, 7 Cm. Uterus). Von bedeutendem Interesse ist die Aetiologie dieses Falles, in welchem die Ruptur bei normalem Becken und Geburtsmechanismus verhältnissmässig früh und unerwartet in der Austreibungsperiode erfolgte. Diese Umstände wiesen schon darauf hin, dass die Ursache d. Ruptur in der Beschaffenheit der Substanz der Gebärmutter zu suchen sei. Mikroskopisch liess sich eine weit verbreitete interstitielle Metritis höheren Grades nachweisen.

Details sind im Originale nachzulesen.

M. F. Semenski. «Zur Frage von der Tamponade der Bauchhöhle» (6).

In dieser vorläufigen Mittheilung schildert Verfasser zuerst die Nachtheile der Drainage der Bauchhöhle vermittelst starrer Röhren. Bedeutendere Vortheile bietet die Tamponade mit Marly, da dieselbe nicht nur als blutstillendes Mittel anzusehen ist, sondern weil sie auch nach dem Principe capillarer Röhren drainirt. Der allgemein üblichen Methode zu tamponiren haften jedoch folgende Mängel an: 1) ist der Weg, welchen der Tampon aus dem Douglas'schen Raum bis zur Bauchhöhle zurückgelegt hat, ein recht weiter und kommt in Folge dessen der Marlystreifen mit Theilen der Bauchhöhle in Berührung, welche vollständig gesund sind und garnicht drainirt zu werden brauchen. 2) kommt die häufig genug infectiöse Flüssigkeit, welche durch den Tampon aufgesogen wird, mit gesunden Partien des Bauchfelles in Berührung 3) wird die in der Umgebung des Tampons entstehende Kapsel hauptsächlich durch Därme gebildet, welche unter einander verbacken und quasi einen Knäul bilden, wodurch Störungen in der Peristaltik und andere nicht immer im Voraus zu bemessende Nachtheile, selbst Undurchgängigkeit des Darmes, zu Stande kommen können. 4) verhindert das in der Bauchwunde liegende Ende des Tampon eine prima intentio derselben, wodurch die Bildung einer Hernie der linea alba begünstigt wird. 5) trocknet der auf der Bauchwunde liegende Abschnitt des Tampon häufig ein, so dass seine capillären Eigenschaften beeinträchtigt werden.

Diese Nachtheile werden beseitigt, wenn der Douglas nach Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes von der Scheide her durch einen Jodoformmarlystreifen drainirt wird und die Bauchwunde nach der Operation vollständig geschlossen wird. Unter solchen Umständen 1) kann die Bauchwunde per primam heilen 2) kommen die Därme mit dem Tampon nur in geringer Ausdehnung in Berührung, woraus gewöhnlich nur Verwachsungen des Uterus mit dem rectum resultiren 3) trocknet der Marlystreifen in der Scheide nicht aus und drainirt der Tampon deshalb beständig.

Dieses von Prof. Ott geübte Verfahren der Bauchhöhlentamponade ist nach experimentellen Versuchen an Thieren auch bei 7 operirten Pat. mit günstigen Resultaten angewandt worden.

P. T. Neustube. «Zur Frage von der Anwendung physiologischer Kochsalzlösung bei schwerer acuter Anaemie in Folge von Blutungen in der Nachgeburtsperiode.» (6).

Nach einigen einleitenden Worten über die historische Entwickelung der in Rede stehenden Behandlungsmethode bespricht Verf. 1) die intravenösen Eingiessungen physiolog. Kochsalzlösung 2) das Hypodermoklysma und 3) das Enteroklysma. Hieran schliesst sich die Wiedergabe von 5 Krankengeschichten. Da zu den intravenösen Eingiessungen besondere Apparate und sterilisirte Lösungen nöthig sind, hält Verf. diese Methode wohl für Kliniken, und gut situirte Häuser für geeignet, aber nicht in der allgemeinen Praxis anwendbar. Aus ähnlichem Grunde hält Verf. auch die Hypodermoklyse

mata den Anforderungen, welche in der Praxis gemacht werden können, nicht entsprechend. Die Enteroklysmata mit NaCl. Lösung sind nach N. ein Verfahren, welches sowohl leichte Ausführbarkeit als auch prompte Wirkung in sich vereinigt und daher auch in der Praxis den beiden erstgenannten vorzuziehen ist.

W. Kotschurowa. «Fistula vesico-vaginalis sub partu in Folge von Complicationen der Geburt durch einen Blasenstein (6).

Kasuistischer Beitrag.

L. J. Ssokolowski. «Fibromyoma sub mucosum uteri. Enucleatio per vaginam». (6).

Kasuistischer Beitrag.

W. J. Schtolz. «Ueber die Leitung der Geburt bei den am häufigsten vorkommenden Formen des engen Beckens». (7, 8).

In dieser längeren Abhandlung theilt Verfasser seine Erfahrungen über Therapie enger Becken mit, welche er an einem grösseren Materiale (138 Fälle) gesammelt hat. Schlussfolgerungen: I. Ist ein enges Becken im Beginne der Schwangerschaft diagnosticirt, so ist bei eine C. D. bis 9 Cm. incl. die Frühgeburt angezeigt, doch ist dieselbe nicht vor der 35. Woche einzuleiten; die Braun'sche Methode ist allen anderen dabei vorzuziehen. II. Die Geburt bei engem Becken 2. Grades (C. V. 8,5—7 Cm.) kann nach 3 Methoden geleitet werden. 1) das expectative Verfahren, welches in a) abwarten im eigentlichen Sinne des Wortes und in b) der Zange oder Perforation besteht, 2) die prophylaktische Wendung 3) der Kaiserschnitt bei relativen Indicationen. III. Wird das enge Becken erst mit dem Beginne der Geburt diagnosticirt, so können die besten Resultate mit der abwartenden Methode erzielt werden, wobei jedoch ein Abwarten nur so lange indicirt ist. bis keine Schädlichkeiten für Mutter und Kind durch dasselbe hervorgerufen werden. IV. Treten bei regelmässigem Geburtsmechanismus und bis zu gewissem Grade im Beckeneingange eingestellten Kopfe Erscheinungen auf, welche das Leben der Mutter oder des Kindes gefährden, so ist die hohe Zange indicirt selbst wenn der M. M. noch nicht genügend erweitert sein sollte. Gelingt es nicht die Geburt mit der Zange zu beendigen, so ist, ebenso wie bei anormalem Geburtsmechanismus in solchen Fällen die Perforation des lebenden Kindes indicirt. V. Die Indicationen für die Wendung sind denjenigen bei normalem Becken angenommenen analog, weil die Resultate derselben was das Leben der Frucht anbetrifft beim engen Becken keine befriedigende sind. Als einzige spec. für das enge Becken bestehende Indication zur Wendung können diejenigen Zustände betrachtet werden. in welchen der Kopf bei noch stehender Blase schon lange Zeit über dem Beckeneingang ballotirte und ein Tiefertreten desselben auch nach dem Abgange des Fruchtwassers nicht bald stattfindet; in diesen Fällen ist die Wendung indicirt, aber auch nur dann. wenn dieselbe leicht ausführbar ist. VI. Der Kaiserschnitt kann bei einer C. D. über 9 Cm. nicht als ein Verfahren angesehen werden, welches die abwartende Methode zu ersetzen im Stande wäre. Bei den Verengerungen 3. Grades. bei welchen die Geburt eines lebensfähigen Kindes unmöglich ist, hängt alles davon ab, ob die Mutter auf die Operation eingeht, da bei einer C. D. bis 7 Cm. die Perforation und Kranioklasie eines ausgetragenen Kindes durchaus noch ausführbar ist. Als einzige unbestreitbare Indication für den Kaiserschnitt ist demnach der 4. Grad (C. D. unter 5,5 Ctm.) der Beckenverengerung anzusehen.

A. Rjmscha. «Zur Lehre von dem normalen und engen Becken der russischen Frau.» (7 8).

Sehr lesenswerthe und gediegene Arbeit auf deren ausführlicheres Referat wir an dieser Stelle verzichten müssen. Erwähnen wollen wir nur, dass die Untersuchungen R's die Annahme bestätigen, dass in Russland bedeutendere Grade von engem Becken recht selten 2—3 mal seltener als in Deutschland beobachtet werden.

Dr. Ott. «Ein Fall von Tubo-ovarialcyste». (7—8).

Etwa kindskopfgrosse Parovarialcyste (rechterseits) welche mit der Tube in ihrer ganzen Ausdehnung verwachsen war, wobei die Scheidewand zwischen Tube und Cyste an einigen Stellen so dünn war. dass eine Kommunication der Flüssigkeiten in der erweiterten Tube und in der Parovarialcyste bestand. Nach der Laparotomie trat vollständige Heilung ein.

K. H. Stoll. «Zur Kasuistik der Gravidität im uterus bicornis». (7—8).

An der Hand einer Krankengeschichte einer Pat. bei welcher eine c. 3 Monate alte Schwangerschaft im rechten Horne eines Uterus bicornis bestand und mit Abort endete, bespricht Verf. sich an die in der Literatur verzeichneten analogen Fälle haltend, die Prognose und Therapie dieser seltenen Schwangerschaft Nach S. trat unter 49 Fällen von Schwangerschaft im uterus bicornis in 27 Fällen der Tod nach Ruptur des Hornes ein, in 5 Fällen erfolgte Abort, in 4 Fällen bildete sich ein Lithopädion und in 13 Fällen wurde die Laparotomie ausgeführt.

M. Mironow. «Zur Frage von der Asepsis bei Laparotomien (9).

Verf. hat in der Klinik Prof. Fritsch's (in welcher streng aseptisch verfahren wird) während mehrerer Laparotomien eine Reihe von Untersuchungen angestellt, wobei der bakteriologische Theil derselben im Flügge'schen Laboratorium durchgeführt wurde. Während der Laparotomien wurde der Bauchinhalt sowohl sofort nach Eröffnung der Bauchhöhle, als auch am Schlusse der Operation untersucht. Die Untersuchungen M's weisen darauf hin, dass während der Operation Mikroorganismen von aussen her in die Bauchhöhle gelangen und dass bei aseptischer Durchführung einer Laparotomie die Bauchhöhle und das Operationsfeld in bakteriologischem Sinne nicht aseptisch bleiben. Fraglich ist es, in wie fern diese Thatsache von praktischer Bedeutung ist, da ungeachtet des häufigen Vorfindens von Mikroorgnnismen in der Bauchhöhle zum Schlusse der Operation in keinem der untersuchten Fälle eine septische Infection constatirt werden konnte. Nach M. ist die Luft, das Kopf- und Barthaar der Operateure die Quellen, aus welchen die Mikroorganismen in die Bauchhöhle gelangen. Grosses Gewicht ist daher auf Sterilisirung der umgebenden Luft gelegt worden. Die Frage ob die Bauchhöhle an und für sich Mikroorganismen enthält verneint Verf. Details sind im Originale nachzusehen.

G. J. Himmelfarb. «Zur operativen Behandlung der Incontinentia urinae urethralen Ursprunges bei Frauen» (9).

Im Anschluss an den Bericht über einen Fall von Epispadia feminae erwähnt Verf. der angeborenen und erworbenen Incontinentia urinae und ihrer Behandlung. In seinem Falle erzielte er Heilung dadurch, dass er 1) die urethra verlängerte 2) dieselbe in ihrem ganzen Verlaufe verengerte und 3) den unteren Abschnitt derselben abknickte, indem er denselben zur Symphyse hin anzog.

J. Tjschko: «12 Laparotomien» (7—9).

Kasuistische Beiträge,

A. A. Tshagin: «Zur Kasuistik krebsiger Neubildungen der weiblichen Geschlechtsorgane.» (9).

Nachdem Verf. auf die verhältnissmässig geringe Anzahl der in der Literatur veröffentlichten Fälle von Carcinom der Vulva hingewiesen hat, beschreibt er einen Fall von Carcinom der kleinen und grossen Schamlippen. Nachdem die Geschwulst extirpirt worden war, trat ein Recidiv von den nicht zugleich mit der Geschwulst entfernten, Lymphdrüsen der Inguinalgegend ausgehend auf welches einen nochmaligen operativen Eingriff veranlasste.

A. Lezius: «Zur Casuistik der circulären Abreissung des Scheidentheiles während der Geburt. (9).

Es handelte sich im Fall L's um eine II. para mit normalem Becken C. E. 19,0 Ctm. Trotz der heftigen und schmerzhaften Wehen erfolgte keine vollständige Erweiterung des M. M.; Kopf im Beckeneingang. Es wird die Zange im linken schrägen Durchmesser angelegt. Wenige schwache Tractionen genügen, um den Kopf herabtreten zu lassen, wobei in der vulva ein dunkelblauer Körper sichtbar wird: eine Reposition desselben gelingt nicht. Nach weiteren schwachen Tractionen fällt der erwähnte Körper aus der Vulva heraus und erweist sich als circulär abgerissene portio vaginalis. Reactionsloses Puerperium. An die ausführliche Krankengeschichte schliessen sich Bemerkungen über Häufigkeit, Aetiologie und Prognose ähnlicher Verletzungen.

Dobbert.

Westnik Oftalmologii. Juli—December 1892.

K. A. Joelson: Die Blindheit unter der Bevölkerung der Stadt Kischinew.

Die Einleitung bietet eine eingehende Schilderung der klimatischen, terrestrischen und hygienischen Verhältnisse der Stadt. In ophtalmo-sanitärer Hinsicht ist Kischinew eine der schlimmsten Städte Russlands. Im Jahre 1885 wurden 120,074 Einwohner gezählt. Joelson hat 162 vollständig Blinde und 238 einseitig Blinde persönlich registrirt und befragt. Die Registrirung und Befragung geschah nach dem von Magnus empfohlenen Schema. Unter den vollständig Blinden: ange-

borene Blindheit in 4,32%, in Folge von Augenerkrankungen erworbene Blindheit in 70,37%, in Folge von Verletzungen 4,32% (diese auffallend geringe Zahl sei nur durch die geringfügige Industrie des Ortes zu erklären), Blindheit als Folge von Allgemeinerkrankungen 20,99%.

Unter den Krankheiten, welche Blindheit veranlassten, steht das Trachom mit 30,86% an erster Stelle; Blennorrhoea conjunctivae, Cyclitis und Irido chorioiditis je 6,79%, Blennorrhoea neonatorum 3,09% (auffallend wenig!), Glaucoma 18,52%! (nach unseren Erfahrungen eine Folge nicht rechtzeitigen Erkenntniss der Erkrankung, sowie Fehlen specialistischer Hilfe, R.). Die Conjunctivitis gonorrhoica, welche auffallender Weise unter die Verletzungen rubricirt worden, veranlasste 3,70% Erblindungen. Von den Allgemeinerkrankungen stehen die Pocken mit 6,79% Blinden oben an. Erblindung in Folge von Ophthalmia sympatica traumatica 2,48%.

S. N. Lojetschnikoff: «Einige Cataractextractionen nach der Methode Wolkoff's».

16 Extractionen. Schnitt rein corneal. Einstich und Ausstich annähernd im horizontalen Meridiane der Hornhaut: Höhe des Schnittes über dem oberen Papillarrande der nicht erweiterten Pupille. Es ist ungemein schwer einen glatten Bogenschnitt zu führen. Der Kern liess sich nach der Discision stets leicht entbinden. Die Entfernung der Corticalreste ist nicht bequem auszuführen. Wiederherstellung der vorderen Augenkammer trat meist erst am dritten Tage ein. In vier Fällen heftige Iritis. In 13 Fällen Synechienbildung, darunter 4 Mal vordere Synechien. In 10 Fällen beträchtlicher Nachstaar. Die beste erzielte Sehschärfe betrug $^{1}/_{8}$ als Folge starken Astigmatismus. Die Hornhautnarbe war in 4 Fällen sclerotisch, in den anderen kaum bemerkbar. Auf Grundlage seiner gemachten Erfahrungen kann Lojetschnikoff die Methode Wolkoff's nicht empfehlen und gedenkt dieselbe nicht weiter zu üben.

E. Adamück: Zur Frage der Heilbarkeit der Netzhautablösung. Unter Anführung neuester Veröffentlichungen sowie eigener Beobachtungen versucht A. Herrn Lojetschnikoff zu überzeugen, dass die Netzhautablösung heilbar sei.

Eine 20-jährige Dame mit $^{1}/_{5}$ M und V $^{20}/_{70}$ fällt vom Pferde und alsbald entsteht auf dem rechten Auge eine Netzhautablösung unterhalb der Macula lutea. Bei geeigneter Behandlung bildet sich Letztere vollständig zurück, und auch nach Jahresfrist erweist sich das Auge als gesund. Jetzt erlitt die Dame eine Verletzung des linken Auges durch stumpfe Gewalt. Es entsteht Netzhautablösung in der Gegend der Macula lutea. In 4 Wochen vollständige Rückbildung der Ablösung. V $^{20}/_{200}$. Jetzt — nach $2^{1}/_{2}$ Jahren — beiderseits der gleiche gute Befund.

Ein weiterer günstig vorlaufender Fall betraf einen Beamten. M. $^{1}/_{4}$, V $^{20}/_{40}$ und $^{8}/_{200}$.

Dunkelkur in Rückenlage. Atropinisirung, innerlich Jod. Nach 6 Wochen war von der Ablösung nichts mehr zu sehen. V $^{20}/_{50}$. Nach einem Jahre Status idem.

Ferner sah Adamück zwei Netzhautablösungen zurückgehen, welche nach Extraction mit Glaskörperverlust stattgefunden hatten.

N. E. Kuschew: Die Blindheit und deren Veranlassungen unter der Bevölkerung des Dorfes Alt-Slavkin im Gouvernement Saratow.

Auf 4844 Einwohner 50 beiderseitig Blinde = 10,3%. Hauptsächlichste Veranlassung der Erblindung ist das Trachom — 41 Fälle = 82%.

L. Blumenthal: Zwei Fälle von Harnhautulceration bei pannus trachomatosus und Blenorrhoe des Thränensackes.

W. Grünberg: Ein Fall von Thränensackeiterung complicirt durch Abscess der Orbita.

E. Adamück: Zur Frage über die Aetiologie der Haemeralopie.

Adamück ist der Ansicht, dass nicht Uebermüdung der Netzhaut durch Licht, noch Entkräftung durch ungenügende Nahrung während der langen Fastenzeit, bei gleichzeitiger schwerer Arbeit. Veranlassung zur Entwickelung der Haemeralopie sei — sondern er meint die Veranlassung, das Virus, welches diese Krankheit hervorruft, liege im Boden, auf dem die Erkrankten lebten — dem Sumpfboden. Ausser eigenen Beobachtungen führt er diejenigen von Rusanoff und Schtschedotjew an. Ersterer berichtet von jährlich im Frühjahr wiederkehrender Haemeralopie ganzer Dorfbevölkerungen, Letzterer betont das häufige Vorkommen der Haemeralopie bei Truppentheilen, welche mit Erdarbeiten beschäftigt wurden, oder welche bei den Manövern viel auf freier Erde gelegen hatten — trotz ausreichender kräftiger Nahrung.

E. Adamück: Noch ein Wort zur Trachomfrage.

Der Artikel ist zum Theil polemischer Art und wendet sich gegen Lawrentjew und Reich.

Adamück vertritt sehr energisch die Nothwendigkeit, aus klinischen Gründen eine «Folliculosis, oder folliculosis cum catarrho» vom Begriffe «Trachom» abzuscheiden.

P. J. Wadsinsky: Ein Fall von Gumma auf der Sclera.

Ein 22 a. n. Soldat zeigte auf dem linken Auge anschliessend an den äusseren Limbus corneae eine gut abgegrenzte rundliche 1 cm. grosse Geschwulst. Die Geschwulst von dunkel-rother Farbe mit gelblichen Rändern, trägt auf der Mitte einen kraterförmigen geschwürigen Defekt grau-schmutziger Färbung. Consistenz der Geschwulst fast — weich; dieselbe ist unbeweglich, auf Druck schmerzlos. Ophthalmoscopisch fand sich beiderseits eine diffuse Retinitis, linkerseits bedeutend stärker ausgeprägt. V oc. dextri $^{20}/_{30}$ oc. sinistri $^{20}/_{100}$. Allgemeine Drüsenschwellung. An den Unterschenkeln, vorne unterhalb des Knies, theils ausgedehnte pigmentirte Narben, theils schmutzige tiefe Hautulcerationen. An der Glans penis starke narbige Einziehungen. Patient leugnet eine primäre luetische Infection. Vor 7 Jahren erkrankten die Unterschenkel zum ersten Male. Im März 1892 öffneten sich wiederum die Wunden an den Unterschenkeln und erkrankte gleichzeitig das linke Auge. Antiluetische Kur. Bereits nach 4 Einreibungen beginnt die Scleralgeschwulst sich zu verkleinern. Nach 50 Einreibungen und Jodkaligebrauch. Alles geschwunnen und die Hautwunden verheilt. V beiderseits $^{20}/_{30}$, Retina normal.

Germann.

Chirurgitscheskij westnik. October, November 1892.

P. W. Botscharow (Kiew): Die Ursache des Chloroformtodes. Kritischer Ueberblick der Lehre vom Chloroformtode und Untersuchung der Veränderungen, welche von Chloroform am Herzen hervorgebracht werden. — Fortsetzung. Oct.

Handelt von Chloroformtod durch Syncope und zwar der Syncope aus centralen und peripheren Ursachen, wiederum ausschliesslich auf Grund literärischer Quellen.

B. N. Choljzow: Ueber die Blutstillung bei Verwundung grosser Venen und über die Unterbindung der Vena femoralis communis im Besonderen. Aus der chir. Abth. des Obuchow-Hospitales. — Fortsetzung. Oct.

Verf. kommt nun endlich zur Unterbindung der Vena femoralis communis; und zwar enthält die vorliegende Fortsetzung 1) einen historisch-kritischen Ueberblick über die Literatur der Frage von der Unterbindung der genannten Vene und 2) eine Beschreibung der Anastomosen zwischen den Schenkel- und Rumpfvenen nach Braune und Danson.

R. W. Butz: Ueber den Bauchstich in loco electionis Monro. Aus der chir. Abth. des Marien-Magdalenen-Hospitales in St. Petersburg. Oct.

Angeregt durch einen Todesfall durch Verblutung aus einem starken Seitenast der Art. epigastr. inf. nach lege artis ausgeführtem Bauchstich, stellte B. an 25 Leichen Untersuchungen über die topographischen Beziehungen der genannten Arterie zum locus electionis Monro an, und zwar an 10 Leichen bei normalen Verhältnissen, an weiteren 10 nach kürzlich erzeugtem Ascites und an 5, bei denen schon zu Lebzeiten Ascites bestanden hatte. Dabei fand er, dass unter normalen Verhältnissen und noch mehr nach rascher Ausdehnung des Bauches durch künstliche Anfüllung mit Wasser der Bauchstich an vorgenannter Stelle wirklich gefahrlos ist. Existirt aber Ascites (welcher ja beinahe die einzige Indication des Bauchstiches bildet), so muss in Folge der Diastase der Recti und in directem Verhältniss zum Grade derselben eine Verletzung der Art. epigastrica als sehr möglich angesehen werden. In diesen Fällen ist der Stich in der Linea alba unterhalb des Nabels vorzuziehen. Da indess auch an diesem Orte anomale Arterienzweige verletzt werden können (ein Fall von Trzebicki mit tödlichem Ausgang), so muss man bei Ausführung des Bauchstiches unter allen Umständen auf eine Unterbindung vorbereitet sein.

N. A. Schtschegolew: Ueber die antiseptischen Eigenschaften des Dermatols. Aus dem Laboratorium der chir. propädeutischen Klinik des Prof. M. S. Ssubotin. Nov.

Eine Anzahl Laboratoriumversuche mit durchweg negativem Resultat. In einigen klinischen Fällen bewährte das Dermatol seine bekannte austrocknende Eigenschaft.

N. A. Schtschegolew: Zur Jodoformfrage. Aus dem Laboratorium der chir.-propädeutischen Klinik des Prof. M. S. Ssubotin. Nov.

Versuche über die Einwirkung von Jodoform auf anaerobe Culturen des Staphylococcus aurantiacus mit ausnahmslos negativem Resultat. Den Resultaten von Braatz (Entfärbung des der Cultur zugesetzten indigoschwefelsauren Natrums durch den Staphylococcus, welche bei Zusatz von Jodoform unterblieb) spricht Verf. die Beweiskraft ab, da das Jodoform die chemische Constitution des indigoschwefelsauren Natrums beeinflussen konnte.

P. W. Botscharow (Kiew): Die Ursachen des Chloroformtodes. Kristische Uebersicht der Lehre vom Chloroformtode und Untersuchung der vom Chloroform am Herzen hervorgerufenen Veränderungen. — Fortsetzung. Nov.

Der vorliegende Abschnitt behandelt den Chloroformtod nach beendeter Narkose und giebt eine gute Uebersicht über die einschlägige Casuistik, sowie über die bisherigen Untersuchungen betreffs des Verbleibens des Chloroforms im Organismus und über die auf dasselbe zurückzuführenden Veränderungen der parenchymatösen Organe.

B. N. Choljzow: Ueber die Blutstillung bei Verwundung grosser Venen und über die Unterbindung der Vena femoralis communis im Besonderen. Aus der chir. Abth. des Obuchow-Hospitales in St. Petersburg. Fortsetzung. Nov.

Verf. kommt jetzt zu seinen eigenen Untersuchungen: 79 an der Zahl, wobei jedes Bein einer gegebenen Leiche einzeln gezählt wurde, da die Verhältnisse auf beiden Seiten keineswegs immer gleich waren. Die Canule wurde meist in die Vena saphena magna am inneren Knöchel oder weiter oben, seltener in die Vena poplitea oder die Vena femoralis im unteren Drittel des Oberschenkels eingeführt. In den Fällen, wo die Bedeutung der Vena saphena selbst als Collateralbahn geprüft werden sollte, wurde das Venensystem von einer der Venae dorsales pedis oder der Venae tibiales ant. oder von der Vena poplitea aus injicirt. Um die collaterale Circulation möglichst wenig zu behindern, wurde das betreffende Bein dabei durch Unterstützung des Kreuzes und der Ferse in schwebender Stellung erhalten. Besonderes Gewicht endlich legt Verf. auf den Umstand, dass vor Anlegung der Ligatur an die Vena femoralis communis das ganze Gefässsystem des Beines zuerst von der Art. iliaca communis und dann von der zur Injection gewählten Vene aus behufs Reinigung von Blutgerinseln gründlich ausgewaschen wurde. Dem Unterlassen dieser Vorsichtsmaassregel schreibt er das bedeutende Abweichen der Resultate, die Koretzki aus ähnlichen Leichenversuchen erhielt, in erster Linie zu. Die Höhe des Injectionsdruckes, bei welcher die Flüssigkeit schliesslich aus der oberhalb der Venae iliac. comm. angeschnittenen Cava inf. abzufliessen begann, wurde jedesmal manometrisch bestimmt. Der höchste mit dem benutzten Injectionsapparate zu erzielende Druck war gleich 220 mm. Quecksilber.

Bei diesen Versuchen nun erzielte Verf. ein positives Resultat, d. h. also reichliches Abfliessen der Injectionsflüssigkeit durch die Collateralbahnen in 71 Fällen, und zwar 9 mal bei 10 mm. Quecksilberdruckhöhe, 15 mal bei 20 mm., 5 mal bei 30 mm., 20 mal bei 40 mm., 4 mal bei 50 mm., 3 mal bei 60 mm., 3 mal bei 70 mm., 4 mal bei 80 mm., 1 mal bei 90 mm., 2 mal bei 100 mm., 2 mal bei 110 mm., 2 mal bei 120 mm., 1 mal bei 150 mm. In zwei Versuchen, an einer weiblichen Leiche im Alter von 49 Jahren, blieb das Resultat zweifelhaft, da linkerseits bei 170, rechts bei 700 mm. Druckhöhe nur unbedeutende Quantitäten Flüssigkeit abflossen. In 6 Fällen endlich erwiesen sich die Collateralbahnen als ganz undurchgängig: nicht ein Tropfen Flüssigkeit erschien in der Bauchhöhle; die Beckenvenen, die Cava inferior, die Vena azygos und die Lendenvenen blieben leer, trotzdem, dass der Injectionsdruck bis auf 220 mm. gesteigert war.

Daraus ergiebt sich, wenn man die zweifelhaften Resultate unberücksichtigt lässt, eine ausreichende Function der Collateralen bei einer Druckhöhe bis 150 mm., Hg. in 92,2% und ein Versagen derselben in 7.8% der Fälle. Rechnet man aber jene zwei Fälle in die zweite Kategorie, wohin sie augenscheinlich eher gehören, so erhält man 89.9 und 10,1%.

Behufs näherer Analyse kann man diese Fälle zusammenfassen in solche, wo der Injectionsdruck den in der Vena femoralis com. normaler Weise herrschenden nicht überstieg (bis 20 mm. Hg.), in solche, wo nur mässig erhöht war (bis 40 mm.), und in solche, wo zur Ueberwindung der Klappen in den Collateralen der Druck beträchtlich gesteigert werden musste. Zur ersten Gruppe gehören 33,8% (24 : 71), zur zweiten 35,2% (25 : 71) und zur dritten 31% (22 : 71).

Aus den beiden ersten Gruppen gehören 57,2% (28 : 49) dem Alter unter und 42,9% (21 : 49) dem Alter über 40 Jahre an; aus der dritten Gruppe dagegen 72,7% (16 : 29) der ersteren und 27,2% (6 : 22) der zweiten Altersperiode. Vollends von den 8 Fällen mit negativem Resultat gehören 6 dem Alter von 14 bis 29 Jahren und nur 2, übrigens weniger absolut negative, dem Alter von 49 Jahren an. Es scheint also, dass das höhere Alter die Insufficienz der Venenklappen begünstigt.

Einen Einfluss des Geschlechtes lassen die Versuche des Verf. nicht ableiten, da die Zahl der untersuchten weiblichen Leichen zu gering war. Immerhin scheint a priori wahrscheinlich, dass beim Weibe, besonders wenn es geboren hat, die Collateralbahnen der Vena femoralis weiter resp. erweiterungsfähiger sein dürften, als beim Manne.

In dem grössten Theile seiner Versuche achtete Verfasser darauf, welche der beiden Beckenvenen (Iliaca ext. oder int.) sich früher resp. stärker füllte. Nur in 6 Fällen waren beide Venen gleich stark gefüllt, so dass auch die Iliaca ext. vor und hinter der Ligatur in gleichem Maasse ausgedehnt war; 9 mal waren beide Venen gleich stark gefüllt, in 23 Fällen die Iliaca interna stärker als die Iliaca ext., und in 11 Fällen letztere ganz leer bei starker Füllung der ersteren.

Bei gleichzeitiger Compression der Hypogastrica füllte sich die Iliaca ext. 9 mal ebenso wie früher die Hypogastrica; 22 mal füllte sie sich zwar stärker als früher, aber doch nicht so stark wie die Hypogastrica, und in 3 Fällen blieb die Iliaca ext. auch jetzt fast vollkommen leer. Dies stimmt mit den Ergebnissen von Jaboulay und Condamin, welche ja auch schon in überzeugender Weise nachgewiesen haben, dass der Abfluss des Blutes nach Unterbindung der V. femoralis vorzugsweise durch die zahlreicheren und breiteren Anastomosen der hinteren Oberschenkelgegend und der Regio glutaea zu Stande kommt. Für die Praxis ergiebt sich daraus die Forderung, gegebenen Falls diese Gegend vor äusserem Druck nach Möglichkeit zu schützen.

Was die übrigen Collateralbahnen anbetrifft, so kam eine irgend wie merkliche Anfüllung der unteren Hohlvene und der V. azygos nie zu Stande. Sehr selten, an einer Leiche jedoch in beträchtlicher Quantität, floss die Flüssigkeit aus der V. epigastrica inf. ab, nie aus den Oberflächenvenen. Unter pathologischen Verhältnissen, wenn die Druckerhöhung längere Zeit anhält, können übrigens auch letztere eine beträchtliche Erweiterung erfahren.

Speciell der Vena saphena magna wurde eine Anzahl von Versuchen gewidmet, wobei sich zeigte, dass bei Injection von der Vena poplitea aus die Saphena selbst bei maximaler Drucksteigerung leer blieb in drei Versuchen, in zwei anderen sich bei so starkem Druck zwar füllte, aber bei 30 und 40 mm. Hg-Druck, welcher hinreichte, um die Beckenvenen zu füllen, noch leer blieb. Bei Injection von einer V. tibialis ant. ausfüllte sich die Saphena anfangs nur stellenweise, dann, bei beträchtlicher Drucksteigerung, am Oberschenkel in ganzer Ausdehnung, am Unterschenkel nur theilweise. In einem zweiten Falle, in welchem der Abfluss der Flüssigkeit überhaupt nicht zu Stande kam, blieb auch die Saphena leer. In einem Falle endlich, wo die Vena dorsalis pedis zur Injection gewählt wurde, füllte sich die Vena saphena magna langsam bis zum Knie, von wo die Flüssigkeit durch eine Anastomose in die tiefen Venen übertrat. Diese Resultate erklären sich, gemäss den Untersuchungen von Houzé de l'Aulnoit, Le Dentu und Giacomini, dadurch, dass vermöge der Anordnung der Klappen der Uebertritt von Flüssigkeit aus den tiefen in die oberflächlichen Venen nur am Fuss, nicht auch am Unter- und Oberschenkel möglich ist.

Es ergiebt sich daraus, dass es gleichgültig ist, ob die Vena femoralis ober = oder unterhalb des Zuflusses der Saphena unterbunden wird, was übrigens, soweit aus den Versuchen des Verf. zu ersehen, auch für die übrigen Seitenaste gilt. Die Bedingungen der Blutabfuhr bleiben annähernd die gleichen, in welcher Höhe die Vena femoralis communis auch unterbunden werden mag.

Alle diese Versuche können für den Lebenden natürlich nur einen relativen Werth beanspruchen, insofern als bei diesem die Verhältnisse natürlich erheblich günstiger liegen. Immerhin lässt sich denselben entnehmen, 1) dass Gangrän nach der genannten Unterbindung nur selten, jedenfalls nicht häufiger, als in 10,1% der Fälle eintritt, und 2) dass zur Erreichung eines solchen Resultates bisweilen eine sehr beträchtliche Steigerung des Venendruckes, jedenfalls also Offenhaltung der zuführenden Arterie unumgänglich nöthig ist. Von Wichtigkeit sind ferner die Hinweise auf die Bedeutung des Lebensalters für den Ausgang der Unterbindung, auf die Gleichgültigkeit des Ortes der Unterbindung, auf die ungefähre Höhe der nothwendigen Drucksteigerung peripherwärts von der Unterbindungsstelle, und darauf, welche von den Collateralbahnen nach der Unterbindung zuerst in Function treten.

Immerhin hat das letzte Wort in dieser Frage die Klinik zu sprechen, und geht daher Verf. an die Untersuchung des casuistischen Materiales, das er in Form einer Tabelle mittheilt. Es ist allgemein angenommen und vollkommen berechtigt, hierbei zu unterscheiden zwischen Unterbindungen der Vena

femoralis nach zufälligen Verletzungen und bei Geschwulstexstirpationen. Da indess Geschwulstbildung in der Leistenbeuge nicht immer zu einer chronischen Verengerung der Schenkelvene führt, also auch nicht eo ipso eine Erweiterung der Collateralbahnen bedingt, so hat Verf., mit Recht, sich ausschliesslich des letzteren Umstandes als Eintheilungsprincipes bedient. In seiner Tabelle sind also zusammengestellt: 1) isolirte Unterbindungen der Vena femoralis communis 36 Fälle, davon a) bei unveränderten Lumen derselben 10 und b) bei schon bestehender Verengerung desselben 26; 2) gleichzeitige Unterbindungen der V. fem. com. und Art. fem. com. oder iliaca ext. 34 Fälle, uud zwar a) bei unverändertem Lumen 14 und b) bei schon bestehender Verengerung 20; 3) isolirte Unterbindungen der Art. iliaca ext. oder femor. com. bei Verletzungen der Vene allein oder beider Gefässe 5 Fälle (2 resp. 3).

Grubert.

Shurnal russkago obschtschestwa ochranenija narodnago sdrawija. 1892. Januar – Mai.

J. T. Tschudnowski: «Bericht über die Thätigkeit der Commission zur Auffindung von Mitteln gegen die Schwindsucht». (Jan).

Die Commission hat eine planmässige Zusammenstellung derjenigen sanitären Maassnahmen ausgearbeitet, von denen eine Einschränkung der Verbreitung der Tuberkulose erwartet werden darf. Dieselben sind theils allgemeiner Natur und beziehen sich auf alle öffentlichen Anstalten, Gasthäuser, Gesellschaftsvehikel, Badstuben, Verkaufslokale, Schlachthöfe u. s. w., u. s. w.. theils betreffen sie ganz speciell das Hospitalwesen.

K. P. Kowalkowski: «Die sanitären Einrichtungen von Berlin, Paris und London» (Jan.—Mai).

Rechenschaftsbericht über die Resultate einer Abkommandirung.

K. N. Puriz: «Zur Frage von der forcirten Ernährung der Typhus-Abdominalis-Patienten» (Januar).

Résumé:

1) Die Typh. Abdom.-Kranken können sowohl in der Fieberperiode als auch in den ersten fieberfreien Tagen bedeutende Mengen von Eiweiss assimiliren.

2) Die Eiweissassimilation ist bei forcirter Ernährung im Fieberzustande ein wenig geringer, als bei ungenügender Ernährung, wobei übrigens die Krankheitsperioden ohne Einfluss sind auf den % der Assimilation.

3) Bei forcirter Ernährung mit eiweissreicher Kost steigt die Menge des mit dem Harn ausgeschiedenen N.

4) Die Grösse des N.-umsatzes nimmt ungeachtet der Steigerung seiner Intensität, doch ab bei der forc. Ernährung der Typhuskranken.

5) Der tägliche Verlust an N. und an Körpergewicht während des Fiebers wird bei forc. Ernährung etwas verringert.

6) Bei forc. Ernährung und entsprechender Flüssigkeitszufuhr steigt die Harnmenge, wobei jedoch diese Ernährung auf das Auftreten von Eiweiss im Harn keinen Einfluss ausübt.

7) Diese Behandlung bewirkt keine Temperatursteigerung.

8) Auch Störungen im Magen-Darmtractus treten nicht ein; die Durchfälle werden seltener und es kommt sogar zu einer gewissen Neigung zu Verstopfung.

9) Es sind dabei weder Complicationen, noch auch Verlängerungen der Fieberperiode beobachtet worden.

10) Das Wohlbefinden des Kranken und die Funktionen seiner Organe werden bei forc. Ernährung gebessert; ausserdem vollzieht sich die Genesung schneller und besser als bei gewöhnlicher Ernährung.

A. Th. Batalin: «Die Steppentulpen als Nahrungsmittel» (Januar).

Prof. B. macht, angesichts der Hungersnoth, darauf aufmerksam, dass in unseren Südsteppen massenhaft wilde Tulpen vorkommen, von deren Bedeutung als Nahrungsmittel im europäischen Russland nichts bekannt zu sein scheint, während sie im asiatischen Gebiet sogar einen Gegenstand des Handels bilden. Die Tulpenzwiebel kann im Anfang des Frühlings genossen werden, bevor sie noch recht zum Treiben gekommen ist, und dann wieder späterhin, wenn sie schon abgeblüht hat und die Blätter verwelkt sind. Während der Blüthe ist ihr Nährwerth gering. Zu geniessen ist sie sowohl in frischem Zustande gekocht, als auch nach vorhergegangener Trockenung.

J. E. Janson: «Vergleichende Bevölkerungs-Statistik» (Jan.).

Noch unbeendet. In Form einer besonderen Beilage. Umfasst: Die Zusammensetzung der Bevölkerung, Eheschliessungen, Natalität, Mortalität und mechanische Verschiebung der Bevölkerung.

A. M. Korolko: «Die Arten der Plasmodien der Malaria» (Februar).

Im Wesentlichen dasselbe was Verf. Ende vorigen Jahres im «Wratsch» mitgetheilt hat. Er unterscheidet und beschreibt 3 Arten von Malariaplasmodien, von denen die eine dem 3-tägigen, die zweite dem 4-tägigen und die dritte dem regellosen Typus des Sumpffiebers entspricht.

M. A. Swjaginzew: «Die Methoden zur Sterilisation der Kuhmilch und die Assimilation des Fettes roher und sterilisirter Milch bei gesunden Menschen» (Februar—März).

Kritisch-experimentelle Arbeit. Résumé.

1) Eine $1\frac{1}{2}$—$1\frac{3}{4}$ stündige Sterilisation der Kuhmilch im Koch'schen Apparat für strömenden Dampf ist vollständig ausreichend.

2) Bei einmaliger Ausführung derselben wird Farbe und Geschmack derselben wenig verändert.

3) u. 4) Durch das Sterilisieren wird die Reaction der Milch nicht verändert und es findet keine Peptonisirung ihrer Eiweisskörper statt.

5) u. 6) Die Assimilation der Fette roher und sterilisirter Milch vollzieht sich bei Erwachsenen in fast gleicher Weise in den ersten 3, wie in den letzten 3 Tagen.

7) Bei Ernährung mit roher oder sterilisirter Milch (in einem dem Körperbedürfniss entsprechenden Quantum) unter Hinzufügung von 400 gr. Brod und 50 gr. Zucker, sinkt das Körpergewicht nicht und kann sogar in verschiedenem Maasse steigen.

8) Milchdiät mit Brod- und Zuckerzusatz giebt trockenen und festen Koth, welcher schwer aus dem Darme entleert wird.

P. N. Tarnowskaja: «Neue Arbeiten auf dem Gebiete der Criminal-Anthropologie» (Februar).

Referirende Arbeit. Verfasserin verweilt besonders bei der jüngsten Abhandlung von Lombroso und Ottolenghi und vergleicht deren Resultate mit den früher von ihr selbst erhaltenen.

P. N. Bulatow: «Die Herstellung und das Gewicht des Weissbrodes in den St. Petersburger Bäckereien» (Februar).

A. S. Wirenius: «Ueber die Sanitätscontrolle der Elementarschulen Moskau's» (März).

cf. die gleichbetitelte Arbeit des Verfassers im Märzheft des Westn. obscht. gigien. 1892.

Wladimiroff.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Kijukow: «Cursus der Augenkrankheiten». Liefer. 1 u. 2. 292 S. mit zahlreichen Holzschnitten im Text. Moskau 1892.

Zum Leitfaden für den klinischen Unterricht bestimmt, wird das Buch allen Ansprüchen, welche man an ein Compendium stellen kann, vollkommen gerecht. Klare Schreibweise, objective Darstellung und gleichmässige Bearbeitung des Stoffes sind Vorzüge, welche es zu weiter Verbreitung und Beliebtheit unter Studirenden sowohl, wie auch unter Aerzten berechtigen, denen es auf eine schnelle und sichere Orientirung in den Grundzügen der Augenheilkunde ankommt. Die zahlreichen, zum Theil aus anderen Büchern entlehnten, meist sehr gut ausgeführten Holzschnitte erhöhen die Brauchbarkeit des Buches. Dasselbe darf als eine zeitgemässe Bereicherung der russischen ophthalmologischen Literatur angesehen werden und sei hiermit bestens empfohlen.

Blessig.

Дозв. ценз. Спб. 29 Янв. 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 2. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1893.

Russkaja Medicyna № 1—4, 1893.

Schildkröt: «Ueber Hypodermoklysmen bei Cholera». (Nr. 1).

Verf. hat 10 sehr schwere Fälle mittels subcutaner Infusion 0,6 pCt. Kochsalzlösung behandelt. Die Mortalität war 60 pCt. Dennoch schätzt Verf. dieses Mittel sehr hoch und soll man nie verabsäumen es so früh, als möglich anzuwenden. Die Hypodermoklysmen sind sehr häufig zu wiederholen, bis der Radialpuls voll und kräftig wird. Der Zusatz von 1 pCt. Alcohol soll die Wirkung erhöhen.

A. Trapesnikow: «Ein Fall von hysterischer Aphasie». (Nr. 1).

Bei einem 21 jährigen Soldaten, der hereditär stark belastet war, trat Aphasie plötzlich ein, nachdem ein hystero-epileptischer Anfall vorangegangen war. Von Interesse ist, dass die Aphasie keine vollständige war, wie sie gewöhnlich bei Hysterie vorgefunden wird; vielmehr konnte Patient einige Worte immer aussprechen, dabei bestand Worttaubheit. Nach 4 Monaten war Patient völlig hergestellt.

Alexejew: «Pyoctanin bei Mammacarcinom». (Nr. 1).

Negative Resultate bei parenchymatöser Injection.

A. Pawlowski: «Ueber den Einfluss physiologischer Kochsalzlösung bei Sinken der Herzthätigkeit während der Operation». (Nrn. 2 u. 3).

Verf. hat seit einigen Jahren bei grossen Blutverlusten und während langdauernder Operationen häufig subcutane Kochsalzinjectionen ausgeführt. Gewöhnlich wurden 80—140 ccm. verbraucht. Der Effect war sofort zu constatiren, der Puls wurde langsamer, voller und kräftiger. Auch bei Herzschwäche in Folge der Chloroformnarkose trat eine gute Wirkung ein. Verf. giebt eine besondere Spritze zur subcutanen und intravenösen Infusion an.

W. Tschemodanow: «Zur Frage der Incubationsdauer des Tetanus». (Nr. 2).

In 2 Fällen von Tetanus traumaticus fand Verf. eine Incubationsdauer von 14 Tagen.

K. Kolessnikow und L. Zwieback: «Ein Fall von diffuser phlegmonöser Gastritis». (Nr. 2).

Casuistischer Beitrag.

Debogorio-Makriewitsch: «Ueber die Ausbreitung und Behandlung der asiatischen Cholera». (NNr. 3 u. 4).

Verf. beschreibt die vorjährige Epidemie im Bessarabischen Gouvernement. Neben vielen anderen aetiologischen Momenten, welche für die Ausbreitung der Cholera maassgebend waren, nennt Verf. die Benutzung rohen Wassers. Diejenigen Strassen und Dörfer, welche weit vom Flusse Dnjester gelegen waren, hatten viel weniger Cholerakranke aufzuweisen, als die unmittelbar am Flusse gelegenen. Auch der starke Gebrauch des gährenden Traubensaftes (Herbstzeit = Weinlese) konnte als aetiologisches Moment nachgewiesen werden. Bis zum 5. September (die Epidemie begann in den ersten Septembertagen) war kein Regen, der ganze Sommer war heiss, regenlos. Am 5./IX. fiel ein starker Regen und seit diesem Tage an wurde die Epidemie stärker. Verf. glaubt, dass mässige Regenmengen die Entwicklung der Seuche steuern, grosse aber die Epidemie verringern. Vor dem Beginn der Epidemie war der Grundwasserstand sehr niedrig, und so verhielt es sich auch bis zur Zeit wo die Seuche ihr Maximum erreichte, dann aber fing der Grundwasserstand zu steigen an und während des Erlöschens der Epidemie war der Stand ein sehr hoher.

Prophylaktische Mittel waren sehr nützlich. Ausgiebige Anwendung erfuhren heisse Wasser- und Luftbäder, subcutane Kochsalzinfussionen.

Eiger: Ueber das Vorkommen von Aetherschwefelsäuren im Harn bei einigen Krankheiten, insbesondere bei Erkrankungen der Leber und über den Einfluss einiger antiseptischer Mittel auf die Ausscheidung dieser Säuren. (Nr. 3).

Die Untersuchungen des Verf. führten zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Bei 5 verschiedenen Leberleiden (Carcinoma, Sarcoma, Cirrhosis atrophica und hypertrophica, Cholelithiasis) war das Verhältniss der praeformirten (a) zur gepaarten Schwefelsäure (b) vergrössert. 2. Am stärksten bei Lebergeschwülsten, geringer bei der Cirrhose und normale Verhältnisse bei Cholelithiasis. 3. Das Verhältniss a:b scheint direct von dem Grade der Parenchymlaesion abhängig zu sein. 4. In Fällen von Hypersecretion des Magensaftes war a:b normal, sogar etwas vergrössert. 5. Bei incontinentia pylori (vollständiges Fehlen der Salzsäure) war a:b normal. 6. Bei Addisson'scher Krankheit vergrössert. 7. Das salzsaure Chinin in Dosen von 10—20 gran pro die verringert die absolute Menge der gepaarten Säure und ihr Verhältniss zur praeformirten. 8. Calomel innerlich à 1 gran 5—6 mal täglich verringert das Verhältniss a:b, ferner auch die absolute Menge der Aetherschwefelsäuren. 9. α-Naphtol wird theilweise als Naphtolschwefelsäure im Harne ausgeschieden, daher steigert es die absolute Menge gepaarter Schwefelsäure und ihr Verhältniss zur praeformirten, aber in der nächstfolgenden Periode tritt ein Sinken dieser Grössen ein. 10. β-Naphtol bindet nicht die Schwefelsäure und bedingt ebenfalls eine Verminderung von a:b. 11. Wasserstoffsuperoxyd, Jodkalium, Arsen, Brechweinstein, Opium, Morphium, Codein und die Cardiaca haben gar keinen Einfluss auf das Verhältniss a:b.

Abelmann.

Medicyna. № 1—5. 1893.

Eugen Gurin. Die biologischen Eigenschaften der Neubildungen im Thier- und Pflanzenreich vom Standpunkte ihrer parasitären Natur. (Nr 1).

Als allerwichtigste, allgemeine charakteristische Eigenschaft aller Neubildungen des Thier- und Pflanzenreiches ist nach Verf. die inter- und intracelluläre Symbiose. Diese biologische Ursache ist der Hauptfactor bei den Wachsthumserscheinungen der Geschwülste. Verf. glaubt, dass man die Neubildungen nur mit antiparasitären Mitteln behandeln müsse.

S. Wassiljew. Die Methoden der klinischen Krankenuntersuchung. (Nr. 2).

Enthält die Antrittsrede des Professors an der Dörptschen medicinischen Klinik. Sie besteht aus einer langen Lobrede auf den bekannten Moskauer Professor Sacharjin und seine Schule. Die Aufnahme einer ausführlichen Anamnese, die Berücksichtigung aller möglichen vom Patienten angegebenen aetiologischen Daten soll die objective Untersuchung vereinfachen und verkürzen. «Die objective Untersuchung dient, wie Verf. sich ausdrückt, gleichsam nur zur Ausschmückung des schon durch die Anamnese errichteten Gebäudes». Mit der Methode von Sacharjin soll sich keine einzige Methode ausländischer Kliniker messen können!

A. Billig. Ein Fall von beweglicher, vergrösserter Milz. Oligochromaemie. Nutzen des Haemogallol — Kobert. (Nr. 3).

Von Interesse ist hier nur die Beeinflussung der Oligochromaemie und Oligocythaemie durch das Kobert'sche Haemogallol. Die Patientin bekam von der Substanz 0,3 3 mal täglich. Die Zahl der rothen Blutkörperchen stieg von 4300000 auf 4800000, der Haemoglobingehalt von 60% auf 75—76%.

M. Halberstamm. Die Choleraepidemie im Gebiete der Kaukasischen Mineralwässer. (Nrn. 3 u. 4).

N. Gundobin. Die theoretische und praktische Bedeutung der Pockenimpfung. (Nrn 4 u. 4).

Klinische Vorträge.

N. Fedschenko. Zur Behandlung der Cholera. (Nr. 5).

Verf. giebt Kreosot in Verbindung mit Ricinusöl innerlich und per rectum Kreosotwasser.

Das erste Mittel verschreibt er folgendermaassen: Creosoti fagin. 4,0, Ol. Ricini 100,0. 2 Esslöffel voll auf ein Mal zu nehmen. Nachdem Stuhlgang erfolgt ist, wird ein hohes Klysma von 12—15 Glas Wasser mit Kreosot (4,0) verabfolgt. Verf. constatirte in einem Falle, wo nur Kreosotklysmen angewendet wurden, dass nach zehn Minuten Erbrechen erfolgte, in dem

Erbrochenen fand sich Kreosot, also kann der Klysmainhalt wohl in den Dünndarm gelangen. Zur Nachbehandlung verschreibt F. folgende Magentropfen: Tinct. Cascarillae 20. Tinct. Valerian. aeth. 10,0, Tinct. Menth. pip. 9,0, Tinct. Laudani simpl. 6,0, Camphor. tritae 2,0, Creosoti fag. 1,5. 2 stündlich 30—40 Tropfen.

Abelmann.

Medicinskoje Obosrenje. № 1 u. 2. 1893.

Koshewnikow. Ein Fall von Akromegalie. Nr. 1.

Sehr ausführliche Krankengeschichte mit Angabe der verschiedenen Maasse und Gewichte einzelner Körpertheile; daneben einige gelungene Abbildungen.

J. Russlow. Ein Fall von musculärer Pseudohypertrophie. Nr. 1.

A. Dobronrawow. Ein Fall von Atrophia musculorum lipomatosa. Nr. 1.

A. Muratow. Ueber die Anheftung des Uterus an die vordere Bauchwand bei totalem Uterusvorfall. Nr. 1.

Diese Operation unter dem Namen Hysteropexia abdominalis anterior bekannt, wurde vom Verf. ziemlich häufig ausgeführt und zwar mit sehr gutem Resultate. Im Vergleich zu den anderen bei Prolaps üblichen Operationsmethoden, soll die Hysteropexie am sichersten Recidive verhüten.

Sajaitzki. Ein Fall von Hysteropexie. Nr. 1.

Schtschetkin. Günstig operirte Kloake nach Gangraen der äusseren Geschlechtsorgane, des Dammes, eines Theils des Rectum und der Blase. (Nr. 1).

A. Ljantz. Zur Frage über die Incubationsdauer der Gonorrhoe. (Nr. 2).

Verf. beschreibt einige Fälle von Tripperinfection, wo das Incubationsstadium sehr lange dauerte ($1^1/_2$ Monate, 10 Wochen). Dass der Tripper auch ohne vorangegangenen Coitus auftreten kann, wird von vielen Seiten behauptet, jedoch giebt L. dieses für seine beschriebenen Fälle nicht zu.

A. Kissel. Zur Casuistik des Drüsenfiebers (Pfeiffer). (Nr. 2).

Casuistisches Material. 8 Fälle.

P. Krassnobajew. Ein Fall von Epithelioma der Oberlippe und des rechten Nasenflügels bei einem 8 jährigen Mädchen. (Nr. 2).

Der Fall ist nicht nur dadurch interessant, dass die Krebsgeschwulst im Kindesalter sehr selten vorkommt, sondern auch seines Sitzes wegen, — die Oberlippencarcinome sind auch bei Erwachsenen nicht häufig beobachtet worden. Nach der Statistik von Weber kommen auf 128 Fälle von Unterlippenkrebs, nur 12 Fälle von Krebs der Oberlippe. Das jüngste Alter, bei welchem ein Oberlippencarcinom bisher beobachtet wurde, war das 30.

M. Strisower. Ein Fall von Lungenabscess mit Ausgang in Heilung. (Nr. 2).

Bei einem 21 jährigen Mädchen entwickelte sich nach einer Pneumonie ein Abscess in der rechten Lunge. Nach einigen Monaten gingen alle Symptome zurück und die Patientin erholte sich wieder. Therapie expectativ.

M. Strisower. Therapeutische Beobachtungen. (Nr. 2).

1. Zur Behandlung der chronischen Proctitis.

Verf. hat ausgezeichnete Erfolge von Carbolklysmen gesehen. Er verordnet gewöhnlich 10 Tropfen Carbolsäure auf 2 Glas warmen Wassers. Selbst in einem Falle, wo der Katarrh 17 Jahre lang währte, konnte S. mit dieser Behandlungsmethode vollkommene Heilung erzielen.

2. Zur Technik der Carbolsäureeinspritzungen bei Milzbrand.

Die Oeffnung der Injectionsnadel muss dem Centrum der Milzbrandpustel durchaus entsprechen. Verf. injicirt 8—10 Spritzen einer 3% Lösung und ist mit seinen Resultaten sehr zufrieden. Von 60 auf diese Weise behandelten Patienten starb nicht ein einziger.

3. Strychnin als Mittel gegen den Alkoholismus.

Ein seit 18 Jahren dem Trunke ergebener Kaufmann wurde durch dieses Mittel vollständig von seinem Uebel befreit. Im Verlaufe von 3 Monaten injicirte S. dem Herrn täglich $^1/_{40}$ gran, ausserdem gab er das Mittel innerlich 3 mal täglich $^1/_{40}$ gran.

Abelmann.

Shurnal akuscherstwa i schenskich bolesnej. October — December (№ 10—12).

R. A. Morgulis. «Zur Therapie unvollständiger Aborte». (10).

Verfasserin spricht sich in dieser Abhandlung energisch für ein actives Vorgehen bei unvollständigen Aborten aus. Nichts neues.

A. P. Dekanski. Ein Fall von Osteomalacie bei einer Schwangeren; Entfernung der Gebärmutter und ihrer Adnexe. Heilung». (10).

Es handelte sich im Falle D.'s am eine IV Gravida, welche die vorhergehenden Geburten gut durchgemacht hatte. In den letzten Monaten der 2. Schwangerschaft litt sie an heftigen Schmerzen in den Beckenknochen, welche nach der Geburt aufhörten und sich erst mit dem Eintritt der 3. Schwangerschaft wieder einstellten. In Folge der Schmerzen war Pat. in der 3. Schwangerschaft sehr viel bettlägerig. Nach der Schwangerschaft verschwanden die Schmerzen, traten aber wiederum auf als Pat. zum 4. Mal schwanger wurde. Der Untersuchungsbefund war in Kürze folgender: Die horizontalen Schambeinäste verlaufen fast parallel zu einander; die Symphyse springt schnabelförmig vor. Die absteigenden Schambeinäste sind einander so genähert, dass der Zeigefinger zwischen dieselben nur mit Mühe eingeführt werden kann. Die Tub. ischii sind nach aussen verlagert; die ansteigenden Aeste des os ischii einander sehr genähert. Das Promontorium ist schwer zu erreichen. Kreuz- und Steissbein sind verhältnissmässig wenig verändert. Auf Druck sind die Beckenknochen sehr empfindlich und federnd. Beckenmasse: Dist. spin. ant. 22 Ctm. Dist. Crist. $24^1/_2$ C. Conjugata ext. $18^1/_2$ C. Conj. diagonal. circa 12 C. Dist. spin. post. 7 C. Dist. trochanter. $21^1/_2$ C. Die Gebärmutter ist dem 5. Schwangerschaftsmonate entsprechend vergrössert.

Pat. abortirte bald nach ihrer Aufnahme in die Anstalt; die Placenta wurde nicht ausgestossen und konnte auch nicht entfernt werden. Da am darauffolgenden Tage die Placenta noch nicht geboren war, eine manuelle Entfernung derselben sich als unmöglich erwies und Pat. zu fiebern begann, schritt D. am 3./VI. zur Operation, schnitt in der lin. alba; Hervorwälzen des Uterus; Unterbindung der Ligamente; Abtragung der Gebärmutter und Einnähen des Stumpfes in den unteren Wundwinkel; Schluss der Bauchhöhle. Der Verlauf nach der Operation war etwas gestört. (Temperaturerhöhungen und beschleunigter Puls). Pat. erholte sich jedoch bald, nachdem diese Erscheinungen am 12. Tage nach der Operation verschwanden.

Die Schmerzen in den Beckenknochen hörten schon am 4. Tage nach der Operation auf und konnte bei der Entlassung der Pat. ($2^1/_2$ Monate p. Operat.) konstatirt werden, dass die Beckenknochen noch etwas empfindlich seien, die Pat. jedoch ohne Krücken und nur auf einen Stock gestützt gehen könne. Nach weiteren 3 Wochen ging Pat. ohne Stock. $9^1/_2$ Monate nach der Operation fand D. die Beckenknochen schon vollständig hart und nicht empfindlich.

J. J. Rosanow: «Ein Fall von Ruptur der Nabelschnur bei künstlicher Beendigung der Geburt mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind» (10).

R. beschreibt einen Fall, in welchem er bei einer VI para wegen Wehenschwäche die Zange anlegte und nach Entwickelung des Kopfes zur Extraction des Kindes schritt, wobei die Frau, aus Furcht von dem Querbette zu fallen, eine brüske Bewegung in einer der Traction entgegengesetzten Richtung machte, in Folge deren es zu einer Ruptur der Nabelschnur kurz vor der Ansatzstelle desselben am Leibe des Kindes kam. Das restirende Ende des Nabels konnte nur mit Mühe gefasst und unterbunden werden. Länge der Nabelschnur 43 Ct. Puerperium normal. Kind lebend.

W. W. Tipjakow: «Cancer vulvae». (11.)

Krankengeschichte dreier Fälle von Carcinom der äusseren Geschlechtstheile.

A. J. Pawlow: «Allgemeiner medicinischer Bericht der geburtshilflich-gynaekologischen Abtheilung der Klinik an der Kaiserlichen Universität zu Warschau vom 1. Januar 1874 bis 15. März 1885». (11).

J. Rosenblatt: «Zur Prophylaxis puerperaler Erkrankungen». (11).

Verf. weist in dieser Abhandlung darauf hin, dass die Antisepsis in der Geburtshilfe nicht wie man erwartete, eine Garantie gegen das Puerperalfieber gewähre. Durch Statistiken von Hegar, Dohrn, Böhr, Ehlers, Leopold und Winkel ist es erwiesen, dass die Antisepsis nicht wesentlich auf den Procentsatz des Puerperalfiebers einwirkt, eine Thatsache, welche durch bakteriologische Untersuchungen Steffeck's, Bumm's, Döderleins u. A. bestätigt worden ist. Aus diesen Arbeiten, welche uns eine Erklärung dieser auffallenden Erscheinung gegeben haben, geht nun sehr klar hervor, dass wir uns hauptsächlich vor der inneren Untersuchung Schwangerer und Gebärenden zu hüten haben. Die Erfahrungen Leopold's, dass Gebärende, welche mit vollständig aseptischen Händen untersucht werden, ein merklich schlechteres Puerperium durchmachen, als die nicht untersuchten, findet in den Arbeiten von Izabo, Poten, Meermann, Glöckner u. A. eine Bestätigung.

Für den Arzt und die Hebamme folgt aus dem obengesagten die wichtige Regel, dass die innere Untersuchung nach Möglichkeit beschränkt werden muss, weil dieselbe nicht nur mit der Möglichkeit einer Einschleppung von Infectionsstoffen von aussen her verbunden ist, sondern auch daher, weil der untersuchende Finger aus der Vagina verschiedene, in ihrer Virulenz abgeschwächte Mikroben in den Uterus einführen kann, welche auf dem neuen Nährboden ihre giftigen Eigenschaften in Verderben bringender Weise entfalten können.

Zum Schluss führt Verf. an, dass die von Credé und besonders von Leopold ausgearbeitete und vervollkommnete Methode der äusseren Untersuchung eine innere Untersuchung, sobald keine besonderen Indicationen für dieselbe vorliegen, überflüssig erscheinen lässt, weil durch erstere allein nicht nur die Lage der Frucht und der ganze Geburtsmechanismus bestimmt werden können, sondern auch Details wie z. B. die Lage der Placenta, das Verhalten der Tuben und Ovarien in der Mehrzahl der Fälle nachweisbar sind.

Die Abhandlung bietet wenig Neues, dessen ungeachtet glaubten wir ein etwas ausführlicheres Referat nicht übergehen zu dürfen. Die Methode der äusseren Untersuchung allein (bei normalen Geburten) hat bei uns in Russland bis jetzt wenig Anhänger gefunden, obgleich dieselbe in der Mehrzahl der Fälle eine innere Untersuchung thatsächlich unnöthig macht. (Ref.).

E. F. Bidder: «455 Fälle von Eclampsie aus der St. Petersburger Entbindungsanstalt». (12).

Die Lehre von der Eclampsie ist in der Neuzeit durch manche experimentelle Untersuchungen und theoretischen Calküle in so wenig sichere Bahnen geleitet worden, dass man dem Verf. nur danken kann, dass er in vorliegender Abhandlung seine reichen praktischen Erfahrungen über diese Krankheit der Oeffentlichkeit Kund giebt.

Die statistische Bearbeitung des Materials ergiebt in Betreff der Pathogenese, dass die Häufigkeit der Eclampsie in den letzten Jahren scheinbar zunimmt. Die Eclampsie scheint in keinem Zusammenhang mit den verschiedenen Jahreszeiten zu stehen; sie tritt nicht epidemisch auf, desgleichen sind keine Anzeichen einer Infection nachweisbar. Die Eclampsie tritt vorwiegend bei Erstgebärenden und mehrfacher Schwangerschaft auf, seltener bei älteren Erstgebärenden. Sehr häufig wird die Ecl. bei Frühgeburten beobachtet, doch ist es nicht wahrscheinlich, dass ein und dieselbe Ursache, sowohl die Ecl., als auch die Frühgeburt hervorruft. Die Ecl. hängt nicht von den Wehen ab, sie tritt häufig bei Wehenmangel auf. Die Geburt der Frucht hat in der Hälfte aller Fälle einen günstigen Einfluss auf den weiteren Verlauf der Ecl. Auffallend selten sind macerirte Früchte bei Ecl., sie werden eigentlich nur als Folgezustände einer in der Schwangerschaft überstandenen Ecl. beobachtet. In ungefähr ¹/₅ aller Fälle tritt die Ecl. zu einer solchen Zeit der Schwangerschaft auf, in welcher die Stoffwechselprodukte wohl kaum als Ursache der Ecl. angenommen werden können.

Die Prognose ist nach den Fällen B.'s eine auffallend günstige, 10,5 pCt Mortalität. Die Gefahr der Ecl. wächst bedeutend mit der längeren Dauer des Geburtsaktes. Die Sterblichkeit der Kinder bei Ecl. ist verhältnissmässig gering (23,1 pCt.).

Was die Therapie anbetrifft, so schildert Verf. dieselbe so wie sie in der Anstalt geübt wird.

Das Hauptbestreben ist darauf gerichtet die Anfälle abzuschwächen oder ganz zu unterdrücken. Opiate werden energisch angewandt, desgleichen Chloroform und Chloralhydrat, wobei der Erfolg letzterer Mittel ein weniger befriedigender ist als derjenige der erstgenannten. Gegen Oedeme, Nierenaffectionen etc. wird eine diaphoretische Behandlungsmethode eingeleitet: Priessnitzsche Einpackungen, heisse Bäder, Jaborandi; vom Pilocarpin musste bald Abstand genommen werden, weil dasselbe die Herzthätigkeit ungünstig beeinflusste.

Was spec. den geburtshilflichen Theil der Therapie anbetrifft, so ist B. der Ansicht, dass die Eclampsie als Indication für einen operativen Eingriff anzusehen ist, falls die Bedingungen zu einer verhältnissmässig ungefährlichen Beendigung der Geburt vorhanden sind, und dass die dazu erforderlichen Bedingungen selbst auf künstlichem Wege geschaffen werden können. Aus diesem Grunde theilt B. auch die Ansicht Dührssen's über tiefe Einschnitte des Cervix in Fällen, wo die Erweiterung des M.M. langsam vor sich geht. Von einem ganz anderen Gesichtspunkte aus beleuchtet B. den Kaiserschnitt als geburtsbeendigende Operation bei Eclampsie. Theoretisch erkennt B. das Recht an eine jedenfalls sehr eingreifende Operation wie den Kaiserschnitt wegen Eclampsie zu machen, vom praktischen Standpunkte aus möchte er jedoch dem Kaiserschnitt als lebensrettende Operation bei Eclampsie nur einen äusserst geringen Platz eingeräumt wissen.

K. A. Belilowski: «Zur Casuistik der Laparotomien». (12).

Die 9 vom Verf. in Sibirien ausgeführten Operationen bieten in sofern einiges Interesse, als sie zeigen, dass auch mit den bescheidensten Mitteln und primitivsten Einrichtungen so eingreifende Operationen ausgeführt und dadurch manche Pat. von langjährigen quälenden Leiden befreit werden können.

A. R. Fischer: «Ein Fall von conservativem Kaiserschnitt». (12).

I. para. Conj. vera 5,5—6 rhachitisches Becken. Die Operation endete mit günstigem Ausgang für die Mutter; das Kind war schon vor der Operation abgestorben.

N. Patschinski: «Ein Fall von operativ behandelter Entero-Cervicalfistel». (12).

Bei der Pat. (III para) welche auf dem Lande nach 3 tägiger Geburtsdauer mit der Zange entbunden wurde, bildete sich im Puerperium eine Darmfistel, so dass Koth und Gase nur per vaginam entleert wurden. Die Untersuchung stellte fest, dass sowohl an der hinteren Vaginalwand als auch an der hintern Cervixwand Oeffnungen bestanden, welche eine Communication mit dem Darm herstellten. Nach Beseitigung eines Spornes mit der Dupuytren'schen Klemme wurde die Vaginalfistel zur Heilung gebracht. Einen Verschluss der Cervixfistel herbeizuführen gelang nur durch eine Hystero-stomatocleisis.

W. N. Massen: «Medicinischer Bericht des Gebärasyles im Hafen vom 17. August 1888 bis 1. Mai 1892». (7—12).

Zum Referate nicht geeignet.

Dobbert.

Chirurgitscheskij westnik. December 1892.

P. W. Botscharow (Kiew): Die Ursachen des Chloroformtodes. Kritische Uebersicht über die Lehre vom Chloroformtode und Untersuchungen der Veränderungen, welche vom Chloroform am Herzen hervorgerufen werden. — Schluss.

Behandelt die anatomischen Veränderungen im Organismus, die auf das Chloroform zurückzuführen sind.

A. W. Minin: Das tiefe Halsatherom.

Mittheilung eines durch Exstirpation geheilten Falles von Kiemengangcyste nebst dem üblichen Ueberblick über die einschlägige Literatur.

B. N. Choljzow: Ueber die Blutstillung bei Verwundung grosser Venen und über die Unterbindung der Vena femoralis communis im Besonderen. Aus der chir. Abth. des Obuchow-Hospitales in St. Petersburg. — Schluss.

Bei der näheren Prüfung des im Novemberheft mitgetheilten casuistischen Materiales ist zunächst ein zweifelhafter Fall von Linhart (Tod nach 16 Stunden) auszuscheiden. Es bleiben dann 9 isolirte Unterbindungen der unveränderten Vene mit einem Fall von Gangrän (11,1 pCt.), 26 isolirte Unterbindungen der Vene bei Geschwulstexstirpationen ohne Gangrän; ferner gleichzeitige Unterbindungen beider Gefässe 14 Fälle nach traumatischen Verletzungen, davon 6 mit Ausgang in Gangrän

(42,9 pCt.), und 20 Fälle bei Geschwulstexstirpation, davon 9 Fälle mit Ausgang in Gangrän und 1 Fall, wo die drohende Gangrän nicht zu Stande kam, weil der Patient zu früh starb (also genau 50 pCt.). Auch die isolirte Unterbindung der Arterie giebt schlechtere Resultate als die Unterbindung der Vene allein: von den 5 einschlägigen Fällen führten 2 zu Gangrän, 1 nach traumatischer Verletzung und 1 nach Geschwulstexstirpation.

Verf. untersucht nun weiter an der Hand seiner Casuistik die Bedeutung secundärer Momente für den Ausgang der Unterbindung, als da sind: Herzthätigkeit, Alter und Geschlecht des Patienten, Verletzungen der umgebenden Weichtheile, Blutinfiltration und Wundverlauf, wobei jedoch Neues nicht zu Tage gefördert wird. Fast stets erfolgte, wenn einmal der collaterale Kreislauf sich etablirt hatte, auch vollständige Restitutio ad integrum.

Immerhin ergiebt sich aus dem Vohergehenden, dass der vollständige Verschluss des Lumens grosser Venenstamme durchaus kein ganz gleichgiltiger Eingriff ist, ja in allerdings seltenen Fällen zu Gangrän der betreffenden Extremität führen kann. Verf. widmet daher den achten und letzten Abschnitt seiner Abhandlung denjenigen Methoden des Verschlusses von Venenwunden, bei welchen das Gefässlumen nicht abgesperrt wird: der wandständigen Ligatur, der Anlegung von Klemmpincetten bis zur erfolgten Verklebung der Oeffnung, und der Venennaht. Obgleich nun das vorliegende Material eine absolute Abgrenzung der Indicationssphären dieser drei concurrirenden Methoden noch nicht gestattet, so glaubt er doch folgende Sätze aufstellen zu dürfen.

Die Nath ist angezeigt bei Venenwunden jeder Grösse, deren Ränder nicht gequetscht sind, falls das Gefäss leicht zugänglich und seine Wandungen normal sind.

Bei kleinen Venenwunden, deren längster Durchmesser ½ Ctm. nicht übersteigt, ist die wandständige Ligatur anzuwenden, wenn das Gefäss für die Naht nicht gut zugänglich und seine Wandungen normal sind. Für das Gelingen beider Methoden ist ein aseptischer Wundverlauf erforderlich.

Bei grossen und kleinen Venenwunden, die für die beiden vorher genannten Methoden nicht bequem liegen, wenn zugleich die Ränder gequetscht und die Wandungen in mässigem Grade verändert sind, kann man den Riss durch Anlegung von einer oder mehreren Klemmpincetten auf 24 Stunden schliessen. Droht nach Ablauf dieser Zeit bei Entfernung der Pincetten doch noch Blutung, so ist sofort die circuläre Unterbindung auszuführen.

Letztere ist in allen Fällen vorzuziehen, wenn die Gefässwandungen beträchtlich verändert sind. Man braucht dabei die Ligatur nicht so fest zuzuziehen und kann von dem umgebenden Bindegewebe so viel mitfassen, dass man gegen vorzeitiges Durchschneiden möglichst gesichert ist. Die circuläre Unterbindung ist ferner indicirt bei Riss-, Quetsch- und Schusswunden der Venen, wo die Verletzung selbst sehr ausgedehnt und die Ränder derselben von zweifelhafter Lebensfähigkeit sind; desgleichen, wenn es sich um Infection der umgebenden Weichtheile handelt. Ob bei vollständiger traumatischer Trennung des Venenstammes die Naht angezeigt sein wird, muss die Zukunft zeigen. Fürs Erste dürfte in solchen Fällen, angesichts der technischen Schwierigkeiten und der zu erwartenden bedeutenden Verengerung des Lumens, ebenfalls die circuläre Unterbindung vo zuziehen sein. Dies darf uns aber nicht abhalten, bei der Exstirpation bösartiger Geschwülste die grossen Venenstämme in der nöthigen Ausdehnung zu resiciren, da ja grade in diesen Fällen die circuläre Unterbindung die beste Prognose bietet.

K. L. Jazuta (Shitomir): Das Aethylchlorid als Analgeticum bei Operationen.

Empfehlung des Aethylchlorides zur localen Anaesthesie auf Grund von 10 eigenen in Kürze mitgetheilten Fällen.

N. Benissowitsch (Odessa): Zur Frage der Extrauterinschwangerschaft.

Beschreibung eines operativ geheilten Falles von Tubenschwangerschaft nebst einleitendem Ueberblick über die Literatur und epikritischen Bemerkungen. Grubert.

Westnik obschtschestwennoj gigieny, ssudebnoj i praktitscheskoj mediziny. Juli—December 1892.

Verordnung der Regierung anlässlich des Auftretens der Cholera innerhalb der Grenzen des russischen Reiches. (Juli).

A. W. Pogoskew: «Materialien zur Geschichte der Fabriksmedicin in Russland». (Jun.—Jul.).

Das reiche und interessante Material ist vom Verf. aus officiellen Documenten, wie Sitzungsprotocollen, Schriftwechsel der Behörden, Rechenschaftsberichten und dergl. Papieren zusammengetragen.

N. W. Kirilow: «Die gegenwärtige Bedeutung der tibetanischen Medicin als eines Theiles der Lama-Doctrin. (Juli—Aug.).

Verf., welcher viele Jahre unter den Lama zugebracht und sich speciell dem Studium ihrer Heilkunst gewidmet hat, bietet in diesem Aufsatz eine solche Fülle von Mittheilungen aller mannigfachster über das Lamawesen, dass es unmöglich erscheint dieselben in ein kurzes Referat zusammen zu drängen.

J. J. Pantjuchin: «Die Bevölkerung des Gouvernements Kutais». (Juli—Sept.).

Historischer Ueberblick. Etnographie des Gebirgsbezirkes und der Ebene. Anthropologie der Grundbevölkerung. Einheimische Krankheiten (Malaria, Kropf, Krätze u. a. m.).

A. S. Wirenius: «Die Elementarschulen Londons in sanitärer Beziehung». (Juli).

«In England ist in den letzten Jahren im Vergleich zu früher der sanitären Seite des Schulwesens mehr Aufmerksamkeit geschenkt worden, und die Einsetzung eines ärztlichen Rathgebers in den Schulrath bezeichnet einen bedeutenden Schritt vorwärts auf dem Gebiete der Fürsorge für das Wohl der lernenden Jugend».

A. S. Smirnow: «Ueber die Mängel der gerichts-ärztlichen Expertise» (Juli—Sept.).

Verf. beginnt mit einer Analyse der bestehenden Mängel und der Aufsuchung ihrer Ursachen, bespricht darauf die bisher gemachten Vorschläge zur Behebung der vorhandenen Uebelstände und schliesst mit einem umfassenden Reorganisationsplan. Aus letzterem sei als originell hervorgehoben, dass die Specialisirung der zukünftigen Gerichtsärzte bereits 2 Jahre vor dem Abschluss der Studien beginnen soll.

N. F. Zdekauer: «Zur Cholera-Therapie». (Juli).

Prof. emer. Zdekauer hatte bis zu der im vorigen Jahre ausgebrochenen Choleraepidemie bereits 4 solche mit durchlebt und während einer derselben (1866) die Hauptleitung der medicinischen Organisation in Händen gehabt. Auf Grund seiner reichen Erfahrung warnt er davor nur das sogen. Stadium algidum als wirkliche Cholera anzuerkennen. Er unterscheidet 4 Arten prodromaler Erscheinungen, welche eine entsprechende Therapie verlangen 1) Indigestiones und zwar soll bei turgescentia sursum (Uebelkeit, Aufstossen, Völlegefühl) pulv. rad. Ipecacuanhae gegeben werden, dagegen bei turgescentia deorsum (Drang nach unten, Koprostase, Gurren, übelriechende Gase) Abführungen ex oleo Ricini. 2) Polycholie mit Trockenheit und bitterem Geschmack im Munde, schmerzhaftem Druck im rechten Hypochondrium, Empfindlichkeit der Leber, Stuhldrang, Uebelkeit und Schmerzen in der Stirn. Hier empfiehlt Verf.: potio Riveri, Sodapulver, Acid. muriat., Limonade. Pulpa oder Decoct. Tamarindorum. Compresse échauffante. 3) Acuter Magendarmcatarrh mit Trockenheit im Munde. Uebelkeit, Durchfall, Empfindlichkeit in der Herzgrube oder Nabelgegend, Abendfieber — Oelemulsionen, kleine Kalomelgaben, Compresse échauffante auf den Leib. 4) Cholerina unmittelbare Vorläuferin der Cholera. Nur bei ihr sind am Platze excitantia wie Inosemzew'sche oder Botkin'sche Tropfen, welche in den vorgenannten Fällen direkt schädlich sind. In allen Fällen: strengste Diät und Bettruhe.

E. E. Iwanow: «Prurigo der Kinder und ihre Behandlung. (Juli).

Verf. wendet bei Pr. vera folgende Therapie mit zufriedenstellendem Erfolge an: Zur Hebung der Hauternährung erhalten die Kinder fette Diät. Als besonders geeignet hat sich ein Gemisch von einem Esslöffel geschmolzenen Schweinefettes und einem Glase Milch erwiesen. Etwas älteren Kindern wird ausserdem noch Leberthran gereicht. Gegen das Jucken kommen Einreibungen von Carbol (3—5 pCt.) oder Eisessig (5—10 pCt.) in wässriger oder Glycerinlösung zur Anwendung. Die wässrigen Lösungen verdienen nur in vernachlässigten Fällen mit starkem Juckreiz den Vorzug, wegen ihrer schnelleren Wirkung. Dieser Behandlung geht ein Bad voraus, mit Zusatz irgend eines aromatischen Krautes (Bidens tripart., Rad. Calami oder dergl.). Seife wird vermieden und durch Eigelb ersetzt. Häufige Bäder wirken nachtheilig. Dagegen scheinen seltene (1—2 mal wöchentlich), kurzdauernde (10—15 Min.) Bäder mit unmittelbar darauf folgender Einreibung der Gly-

cerinlösung die Cur zu unterstützen. Nach Beseitigung des Juckens besteht die eigentliche Behandlung in 2 mal täglich auszuführenden Glycerineinreibungen, welche, selbst nachdem die Haut schon anscheinend ganz normal geworden ist monatelang fortgesetzt werden müssen. Verf. ist geneigt, dem Glycerin bei Prurigo vera eine geradezu specifische Wirkung beizumessen.

J. F. Raptschewski: «Kurze Anleitung zur Untersuchung auf Koch'sche Bacillen bei Cholera verdächtigen Patienten». (Juli).

Mit guten Mikrophotographien der Komma Bacillen und ihrer Kolonien auf der Gelatineplatte.

M. W. Nencki: «Ueber die Nothwendigkeit einer Reform des Unterrichtes in der Pharmacie». (Juli).

Die Pharmacie, welche früher als Schwester-Disciplin angesehen werden konnte, entfernt sich immer mehr und mehr von derselben und sinkt allmählig auf die Stufe des Kleinhandels hinab. Die Ursache dafür ist in dem Umstande zu suchen, dass die in den Apotheken erforderlichen Produkte nicht mehr wie ehedem von Apothekern selbst bereitet, sondern von privilegirten Fabriken en gros angefertigt und auf den Markt geworfen werden. Während hierdurch einerseits für den Pharmaceuten eine specielle Ausbildung immer entbehrlicher erscheint, wächst andererseits mit dem Aufblühen der Medicin und ihrer Hilfswissenschaften beständig die Summe der Anforderungen an die Ausbildung des Mediciners. Um nun sowohl den letzteren zu entlasten als auch die wissenschaftlche Bedeutung und den staatlichen Nutzen der Pharmacie zu heben, entwirft Verf. folgenden Reorganisationsplan der pharmaceutischen Ausbildung. Der zukünftige Apotheker tritt nach 6 jährigem Unterricht im klassischen oder Real-Gymnasium für 2—3 Jahre als Lehrling in eine Apotheke ein. Hierauf im Alter von 19—20 Jahren bezieht er die Universität, wo die pharmaceutischen Disciplinen mit der medicinischen Facultät verbunden sind. Von den 4 Studienjahren sind die beiden ersten den propädeutischen, die beiden letzten den speciellen Fächern gewidmet. Ein besonderes Gewicht wird auf die practischen Arbeiten auf chemischem, physikalischem und bacteriologischem Gebiete gelegt. Die Hygiene, gerichtliche Medicin, Toxicologie, Nahrungsmittelchemie sind obligatorische Fächer.

Es liegt klar auf der Hand, welcher Nutzen dem Staate aus einem derartig geschulten Apothekerstande erwachsen muss; von der Hilfe und Stütze, welche die practische Medicin an ihm findet gar nicht zu reden. Verf. macht noch besonders darauf aufmerksam, in welcher Weise solche, über das ganze Reich verbreitete, Apotheker, die ja in ihren Apotheken Laboratorien besitzen, bei der Erkennung und Bekämpfung von Epidemieen und Seuchen auf das Segensreichste sich bethätigen können.

P. P. Rosanow: «Ueberblick über den sanitären Zustand der Stadt Jalta und die Thätigkeit der Jaltaer städtischen Sanitätscommission im Jahre 1891. (Juli—Oct.).

A. Abutkow: «Gefärbtes Brod». (Juli).

Die Färbung des Brodes mit gesundheitsschädlichen Stoffen lässt sich zwar gerichtlich verfolgen — aber die Verwendung anderer, d. h., billigerer, weniger schmackhafter oder weniger nahrhafter Färbemittel als das Brod angeblich enthalten soll, ist nicht genügend durch das Gesetz vorgesehen.

Schtschepotjew: «Die Choleraepidemie im Gouvernement Tambow in den Jahren 1847, 1848, 1853 und 1871». (Aug.).

Verf. kommt auf Grund seiner statistischen und klimatischen Studien unter anderem zu folgenden Schlüssen:

«Die meteorologischen Einflüsse, ins Besondere die Lufttemperatur und die atmosphärischen Niederschläge, unterstützen wahrscheinlich die längere Erhaltung oder die schnellere Zerstörung des vom kranken Organismus ausgeschiedenen Choleragiftes und demgemäss ist das Zu- oder Abnehmen der Ch.-Epidemie bis zu einem gewissen Grade von Witterungseinflüssen abhängig.

«Die Beschaffenheit sowie die Temperatur des Bodens ist ohne Einwirkung auf die Entwickelung der Cholera.

«Die Ch.-Infection wird von Mensch zu Mensch vorwiegend nicht durch das Trinkwasser übertragen, sondern durch vom Kranken verunreinigte Gegenstände: Wäsche, Kleider, Geschirr nd dergl.».

Th. Th. Germann: «Erinnerung an die Cholera-Epidemien in St. Petersburg». (Aug.).

P. J. Kubassow: «Kephalotripsie, Kranioklasie oder Basiotripsie nach Tarnier». (Aug.—Dec.).

M. W. Ssaweljew: «Die mittlere Tagesnahrung der Bauern im Semljanschen Kreise des Gouvernements Woronesh». (Sept).

M. J. Galanin: «Die Bubonenpest». (Sept.—Oct.).

Historisch-geographische Verbreitung, Aetiologie, Symptomatologie und Prophylaxe der Boubonenpest. (Noch unbeendet).

D. P. Kossorotow: «Briefe aus dem Auslande». (Sept.—Dec.).

In den bisher veröffentlichten Briefen giebt Verf, Gerichtsarzt und Hygieniker von Beruf, zunächst seine Eindrücke wieder, welche er in Berlin, Paris, Strassburg und München gesammelt hat. Die Briefe lesen sich sehr angenehm, sowohl wegen ihrer Form, als auch deswegen, weil Verf. die Personen und Dinge sine ira et studio bespricht.

A. S. Virenius: «Zur Frage von der Ventilation der Lehranstalten». (Oct.).

Nach Untersuchung der Luft in einigen Lehranstalten fühlt sich Verf. in seiner Ansicht bestärkt, dass nur durch Anlage specieller Ventilationsvorrichtungen, sei es centralen, sei es örtlichen Charakters, die Luft der Unterrichtsräume in einem den Anforderungen der Hygiene entsprechenden Zustande erhalten werden kann.

S. N. Jakowlew und P. F. Filatow: «Die Selbstmorde im Gouvernement Ssimbirsk». (Oct.—Nov.).

Die Verff. haben ein Material von 347 Fällen, welche während 14 Jahren im Gouv. Simbirsk vorgekommen sind nach den gerichtlichen Acten verarbeitet Auf die Einzelheiten, welche fast mehr psychologisches als forensisches Interesse beanspruchen, kann hier nicht eingegangen werden. Aus dem Résumé sei Folgendes wiedergegeben:

Im Gouv. Simbirsk hat sich im Laufe von 14 Jahren die Zahl der Selbstmorde fast verdoppelt, denn sie ist von 1 : 70 Tausend gestiegen auf 1 : 41½ Tausend Bewohner. Männer sind 3 mal häufiger Selbstmörder als Frauen. Am häufigsten sind die Selbstmorde im Frühling, dann im Sommer, seltener im Herbst und am seltensten im Winter. Der Mai weist die höchste, der Januar die geringste Zahl auf. 6,48 pCt. aller Fälle entfällt auf die Bauern. Die grösste absolute Ziffer bei Männern, wie Frauen kommt auf das Alter zwischen 16—21 Jahren. In den Städten ist der Selbstmord 5 mal häufiger als auf dem Lande. Die Mehrzahl der Selbstmörder war verheirathet. Bei beiden Geschlechtern ist Erhängen das Häufigste, darauf folgt bei Männern Erschiessen, bei Frauen Vergiften. Die überwiegende Majorität aller Selbstmorde in bewohnten oder Wirthschafts-Gebäuden vollführt. Trinksucht und Geisteskrankheit bilden die Hauptursache des Selbstmordes. Bei 56,7 pCt. der Selbstmörder konnten pathologische Veränderungen der Schädelknochen, des Gehirns oder seiner Häute nachgewiesen werden.

A. W. Jelissejew: «Die Krankheiten des Wüsten». (Nov.—Dec.).

Verf. bezeichnet seine umfangreiche Arbeit als «den Versuch einer medicinisch-topographischen Beschreibung des Wüstengürtels». Er bietet die von ihm selbst, sowie von anderen Reisenden in den Wüsten Afrikas und Asiens gesammelten medicinischen, oder präciser ausgedrückt physiologischen und pathologischen Erfahrungen in einer geistreichen und fesselnden Form.

G. M. Loginow und A. J. Jegorow: «Versuch einer statistischen Untersuchung des Pharmaceuten-Standes im Russischen Reich». (Nov.).

S. D. Tirjutin: «Die Vorstellungen über Infectionskrankheiten der Bewohner des kaukasischen Hinterlandes». (Nov.)

Nach der Vorstellung der Bergvölker, ist der Kranke von Geistern oder Engeln besessen, welche an sich gut sind, aber leicht erzürnt werden können und dann der Krankheit einen schlimmen Ausgang geben. Im Einklang mit dieser Vorstellung hat sich an Stelle einer Krankenpflege, vielmehr ein Krankencultus ausgebildet, welcher nicht so bald wird ausgerottet werden können. So lange dies aber noch nicht geschehen ist, kann von rationellen prophylactischen oder therapeutischen Maassnahmen nicht die Rede sein. weil sie von der Bevölkerung als Versündigung aufgefasst werden und auf activen, im günstigsten Falle passiven, Widerstand stossen.

K. K. Tolstoi: «Die gegenwärtigen Ansichten von der Albuminurie und ihrer Behandlung». (Dec.).

W. O. Mershejewski: «Project zur Organisation von Sanitären für den Kampf mit der Cholera und zur Errichtung billiger Desinfectionskammern». (Dec.).

Das Project betrifft die Auswahl des zu schulenden Sanitäts-

personales, die Art seiner Ausbildung und Verwendung in praxi. Die billigen Desinfectionskammern sind von dem Typus der von Prof. Kapustin im Beginn der Epidemie von neuem empfohlen.

S. M. Jerschow: «Zum 100 jährigen Jubiläum der Russischen medicinischen Presse». (Dec.).

Der Artikel ist dem ersten russischen medicinischen Journal gewidmet, welches unter dem Titel: «Sankt peterburgskia wratschebnya Wedomosti» d. h. St. Petersburger ärztliche Nachrichten zum ersten Male am 2. November 1792 ausgegeben worden ist.

Wladimiroff.

Shurnal russkago obschtschestwa ochranenija narodnago sdrawija. 1892. März – Mai.

M. W. Ignatjew: «Zur Frage von der Kindersterblichkeit in St Petersburg» (März). Mit einer Tafel.

Aus dem Résumé:

Die Kindersterblichkeit in St. Petersburg ist sehr hoch, nicht niedriger als im europ. Russland überhaupt und höher als in den westeurop. Städten.

Sie zeigt eine ständige unbedeutende Abnahme mit einigen Schwankungen.

Die Mortalität der Mädchen ist nicht nur niedriger als die der Knaben, sondern ist von ihr auch qualitativ verschieden. Dieser qualitative Unterschied ist auch den einzelnen Altersgruppen eigen.

Die Mortalität der Kinder steht nicht im directen Verhältniss zur Natilität.

Die Sterblichkeitscurve der Kinder bis zu 1 Monat ist das Spiegelbild derselben Curven für die übrigen Altersgruppen der Kinder, und die epidem. Krankheiten, welche unter den älteren Kindern herrschen, beeinflussen auch unmittelbar die Mortalität unter den Kindern bis zu 1 Monat.

Die epidem. Krankheiten besitzen eine elective Wirkung auf die Mortalität der Kinder der einzelnen Altersgruppen.

Die Abnahme der Kindersterblichkeit ist mehr allgemeinen Charakters und lässt keine prävalirende Abnahme an Infectionskrankheiten erkennen. Nur bezüglich der Variola, Typh. abd. und Diphtheritis lässt sich eine besondere Abnahme constatiren, dagegen aber in Bezug auf die Tuberculose eine allmählige Zunahme.

Von den epidem. Krankheiten sind für die Kinder am verheerendsten die Masern, denen eine gewisse Periodicität zukommt (Period. v. 1. Jahr).

Der Gang der Sterblichkeit an Krankheiten der Respirationsorgane zeigt zwar keinen vollen Parallelismus mit demjenigen an Masern, aber es lässt sich doch eine bedeutende Uebereinstimmung in dieser Beziehung nicht verkennen. Die Sterblichkeit an den beiden letztgenannten Krankheiten ist von aller wesentlichstem Einfluss auf die allgemeine Kindersterblichkeit.

S. E. Krupin: «Die Methode der Desinfection und Entfernung der Flüssigkeiten aus dem pathol.-anatom. Institut des städtischen Baracken-Hospitals auf den Namen S. P. Botkin's zu St. Petersburg» (März).

Mit einem Plan der Desinfectionsvorrichtung.

W. G. Wojewodski: «Vernichtung und gleichzeitige Utilisirung aller Abfälle und Verunreinigungen auf den Schlachthöfen, desgleichen auch der infectiösen Cadaver unter vollständiger Unschädlichmachung derselben» (März).

Mit Plänen.

S. Th. Bubnow: «Photometrische Beobachtungen über die Vertheilung des Tageslichtes in den Zimmern» (April).

Länger experimentelle Arbeit mit besonderer Berücksichtigung der Schulhygiene.

S. A. Popow: «Die kaukasischen Mineralwässer im Jahre 1891» (April).

Genauer Jahresbericht über die Quellengruppen Pjatigorsk, Shelesnowodsk, Essentuki und Kislowodsk nebst Vorschlägen zu Verbesserungen und Neuerungen.

J. F. Raptschewski: «Ueber die Desinfection bei ansteckenden Krankheiten» (April).

Populärer Vortrag.

M. D. van Puteren: «Bedeutung und Methoden der künstlichen Ernährung der Kinder» (Mai).

Populärer Vortrag.

W. F. Sigrist: «Die gegenwärtige Lehre von der Lungenschwindsucht» (Mai).

Populärer Vortrag.

N. Th. Zdekauer: «Ueber das Fischgift» (Mai).

Unter «Fischgift» soll nur das Gift solcher Fische verstanden werden, welche frisch genossen Intoxicationserscheinungen hervorrufen. Die Vergiftungen durch verfaulte oder vergiftete Fische schliesst Verf. in seiner Definition aus. Auf diese Definition folgt eine Besprechung derjenigen Fische der ganzen Welt, denen in toto oder deren einzelnen Theilen Giftigkeit zugeschrieben wird. Hiernach geht Verf. auf die Fischereiverhältnisse in Russland näher ein und giebt eine anschauliche Darstellung des Fischereibetriebes. Weiter folgt eine Statistik der Fischvergiftung, sodann eine Darstellung des Vergiftungsbildes, des pathologisch-anatomischen Befundes, der bisher versuchten Therapie und der toxicologischen Experimente. Den Schluss bilden die Hypothesen über das Wesen des Fischgiftes.

Dieser Aufsatz stellt einen Vortrag dar, welchen Verf., der Nestor der russischen Aerzte, im Jahre 1863 in der St. Petersburger Naturforschergesellschaft gehalten hat. Die Redaction wollte durch die Veröffentlichung desselben dem greisen Gelehrten seine Huldigung zu dessen 50-jährigen Doctorjubiläum zum Ausdruck bringen.

Wladimiroff.

An die Redaction eingesandte Bücher.

Die Influenzaepidemie 1889/90. Im Auftrage des Vereins für innere Med. in Berlin herausgegeben von E. Leyden und S. Guttmann Wiesbaden, Bergmann 1892.

Unna, Morris, Leboir, Duhring Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten VI. Hamburg und Leipzig, Leopold Voss 1892.

Wachsmuth Cholera, Brechdurchfall und ihnen verwandte Krankheiten Leipzig, Hartung und Sohn 1892.

Schnitzler. Zur Aetiologie der Cystitis. Wien, Braumüller 1892.

Klinische Zeit- und Streitfragen herausgegeben von Schnitzler VI Bnd. 1. und 2. Heft. Kühner. Erfolge und Misserfolge in der medicinisch-chirurg. Praxis.
3. Heft. Benedikt. Ueber Neuralgien und neuralgische Affectionen und deren Behandlung.
4. Heft Wichmann. Die Heilwirkung der Elektricität bei Nervenkrankheiten.
5. und 6. Heft. Hofmokl. klinische Mittheilungen über Darmoclusion.

Sacharjin. Klin. Vorträge I. Heft. Berlin Hirschwald 1892.

Krannhals. Ueber die Cholera, Riga Ionck und Paliewsky 1892.

Ранчевскій. Объ азіатской холерѣ Петербургъ 1892.

Крюковъ. Курсъ глазныхъ болѣзней. Выпускъ II. Москва 1892.

Kelly. Gynacological technique. Sep. Abdr.

Kelly. Cystectomy. Sep. Abdr.

Senn. Clinical lecture. Sep. Abdr.

Saalfeld. Ueber Kosmetik. Sapt. Abd.

Nordtmeyer. Wasserfiltration. Sep. Abdr.

Nordtmeyer. Das Berkefeldfilter Sep. Abdr.

Fröhliich. Ueber Salophen. Sep. Abdr.

Жукъ. Das Wesen des Cholera, übersetzt von Kemper. Petersburg 1892.

J. Gad. Real-Lexion der med. Propädentik I. Lieferung. Urban und Schwarzenberg.

J. Schindler. Wie Vincenz Priessnitz die Cholera kurirte Breslau 1892.

F. Jezek. Umsturz der Harvey'schen Lehre vom Blutkreislauf Leipzig Poler Hobbing 1892.

V. Fossel. Mitth. des Vereins der Aerzte in Steiermark Graz Leuschner und Lubenski 1892.

R. Virchow. Sectionstechnik IV Aufl. Berlin Hirschwald 1892.

A. v. Düring. Ursache und Heilung des Diabetes mellitus VI. Aufl. Hanover 1892.

J. Amann. Ueber Neubildungen der Cervicalportion des Uterus München, Lehmann 1892.

Wundt. Hypnotismns und Suggestion. Leipzig, Engelmann 1892.

Дозв. ценз. Спб. 26 февр. 1892 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. N

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 3. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1893.

Wratsch 1893. № 1—10.

E. Braunstein: Zur Frage der centralen Augenmuskellähmung. (Nr. 1).

Ein Fall von doppelseitiger Innervationsstörung von Seiten des n. oculomotorius. Als Ursache wird eine symetrische Affection der Kerne des n. oculomotorius angenommen, wahrscheinlich auf syphilitischer Basis, da auf eine antisyphilitische Cur hin vollkommene Heilung eintrat.

L. Heidenreich: Ein seltener Fall einer incarcerirten Hernie in der excavatio vesico-rectalis. (Nr. 1).

Die Ursache der Einklemmung bildete eine Falte, welche von der synchondrosis sacro-iliaca zum hinteren peritonealen Ueberzug der Blase ging.

N. Sassjadko: Einige Angaben bezüglich der physiologischen Albuminurie. (Nr. 1).

Der Befund von Eiweiss im Harn Gesunder wird an 147 Fällen bestätigt.

J. Grechoff: Zwei Fälle von Vergiftung mit Nitrobenzin (Mirbanscher Flüssigkeit) (Nr. 1).

Schmutzig blau-graue Hautfarbe, erweiterte Pupillen, eigenthümlicher Geruch des Athems, sowie des Erbrochenen, Schwindel, Kopfschmerzen, Dyspnoe und Krämpfe in den Extremitäten bildeten den Symptomencomplex. Beide Pat. genasen.

A. Korotneff: Rhopalocephalus canceromatosus. (Nr. 2).

Zwischen und in den Epithelzellen des stratum Malpighi bei einem Lippencarcinom wurde ein eigenartiger Parasit in grosser Zahl gefunden. Der aus feinkörnigem Plasma bestehende schmale, bandartige Leib trägt einen verdickten Kopf, welcher einen deutlich gekörnten Kern hat; das Schwanzende läuft bandartig aus. Der Rhop. cancer. gehört zu der Gruppe der Rhizopoden. Verf. lässt die Frage offen, ob der Rhop. canc. in aetiologischer Beziehung zu dem Krebs steht — das können nur Reinculturen und Ueberimpfungen feststellen — jedenfalls steht dieser Parasit in ursächlichem Zusammenhang mit der Bildung von Perlknoten.

P. Laschtschenkoff: Der Einfluss des constanten Stromes auf die Osmose durch todte und lebende Gewebe. (Nr. 2).

Vorläufige Mittheilung.

Der electrische Strom erhöht die Osmose auf electrolytischem Wege.

P. Fedorow: Die Anwendung des Pentals in der Chirurgie. (Nr. 3 und 4).

Pental (Amylen) dessen Anwendung vor dem Jahr 1844 datirt, kam bald in Misscredit, bis Mehring 1887 dieses Mittel wieder zur Anerkennung brachte. Die günstig lautenden Kritiken von Holländer, Rogner, Breuer, Lindner etc. werden erwähnt. T. hat 117 Narkosen mit Pental ausgeführt; die Dauer betrug 1/2—3 Minuten (und in einem Falle 13 Minuten). Die verbrauchte Menge 2—8 Grm. Anaesthesie bestand 1/2—15 Min, gewöhnlich 2—4 Min. F. hat keine Unglücksfälle erlebt, citirt aber solche, welche anderweitig passirt.

A. Karnitzky: Thätigkeit der Kinderpoliklinik in Kiew 1888—1891. (Nr. 1 und 2).

Die Verstopfung bei Kindern als Begleitserscheinung der Störungen des Stoffwechsels, bei Dyscrasien, Ernährungsstörungen, Dyspepsien etc. wurde mit Massage in methodischer Weise behandelt. Neben statistischen Angaben enthält der Aufsatz die Bekanntmachung des dort üblichen therapeutischen Verfahrens.

M. Nastjukoff und M. Pewsner: Färbung der Tuberkelbacillen mit Anilinfarben in Sublimatlösung. (Nr. 3).

Zu einer mit einigen Tropfen Anilinöl versetzten 0,5 pCt. Sublimatlösung wird in ein Reagenzglas ein Cubikcent. einer 1 pCt. Gentian-violett-, Methyl-violett-, oder Fuchsinlösung hinzugefügt das Präparat bleibt 5 Min. in der Färbeflüssigkeit wird abgespült. in verdünnte Salzsäurelösung getaucht, wieder in Wasser abgespült und auf 1—2 Sec. in eine zweite Färbeflüssigkeit getaucht. Diese besteht aus: Malachitgrün als Pulver 0,06 und Sublimatlösung (1 : 2000) 60. Zur Untersuchung von Organen, welche Tuberkelbacillen enthalten, werden Stückchen in Alkohol gehärtet und mit Parafin und Chloroform behandelt.

P. Froloff: Zur Frage über den Einfluss intramusculärer Injectionen von hydrargyrum salicylicum auf den Stoffwechsel und die Assimilation stickstoffhaltiger Körper bei Syphilitikern in qualitativer und quantitativer Beziehung. (Nr. 3).

Vorläufige Mittheilung.

Die Injectionen mit salicylsaurem Quecksilber bei Syphilitikern, welche ein Recidiv haben, vermehren den N Stoffwechsel. Die Assimilation des N. sinkt bei denselben Kranken. Bei frischen Syphilitikern setzen die Injectionen den Stoffwechsel herab und verbessern die Assimilation.

G. Nossowitsch: Zwei Fälle von Scharlach nach Durchbohrung mit Ohrringen. (Nr. 3).

Die kleine Operation wurde von einer Frau ausgeführt, in deren Wohnung Scharlach herrschte. Das Exanthem nahm deutlich seinen Anfang von der Wunde, von dort aus sich über den Körper verbreitend. Verf. nimmt, das directe Eindringen des Infectionsstoffes in die Wunde an.

O. Hagen-Torn: Ueber den Einfluss des Choleragiftes auf den Menschen auf Grund klinischer Beobachtungen und des pathologisch anatomischen Bildes. (Nr. 3 und 5).

Bericht über 57 Fälle, von welchen 20 starben. Verf. hält die Cholera für eine Intoxication, das Gift führt zu einer Contraction aller Gefässe und glatten Muskelfasern. Calomel 0,5, Kreolin wurden neben Anderem angewandt, dessgleichen subcutane Kochsalzinfusionen.

N. Popoff: Zum Bau der Kreuzung der Sehnerven beim Menschen. (Nr. 1 und 3).

Anatomische Untersuchungen an noch nicht ausgetragenen und neugeborenen Kindern; das Resultat lautet: die Fasern der commissura ansata Hannoveri sind unzweifelhaft nervöser Natur; indem diese früher myelinhaltig werden als die Sehnervenfasern, bilden sie anscheinend ein selbstständiges System. Die Fasern der Meynertschen Commissur enden, wie es scheint, alle ohne Ausnahme in dem corpus subthalamicum und zwar in dessen oberem, hinteren Theil.

B. Wedensky: Die Speichelsecretion und der elektrische Reiz. (Nr. 4).

Die beste Wirkung ist die eines Reizes mittlerer Stärke, analog dem höchsten Reizeffecte am Muskel bei Einwirkung von mittelstarken Reizen.

B. Greidenberg: Cholera und Psychosen. (Nr. 4).

Psychische Störungen werden angetroffen vor der Erkrankung (verschiedene Grade der Choleraphobie) auf der Höhe derselben und in der Reconvalescenzperiode. In die letztere fallen 19 Fälle (von Kraepelin citirt) Verf. beschreibt einen Fall von exaltatio maniaca acuta in der Reconvalescenzperiode, der nach zwei Wochen mit Genesung endete.

A. Pombrak: Ein Fall von Paralyse der unteren Extremitäten als Complicationserscheinung der Gonorrhoe. (Nr 4).

12 Fälle sind in der Litteratur bekannt; Verf. citirt den 13. Eine directe Einwirkung auf das Nervensystem durch die Gonokokken wird angenommen. Für einige Fälle genügt die Erklärung, dass das specifische Gift nicht das Rückenmark selbst alterirt sondern eine acute Polyneuritis der unteren Extremitäten hervorgerufen hat.

J. Iwanoff: Ein Fall von Nierenruptur und einige Wore betreffs der Behandlung. (Nr. 5).

Fall von einem Fuder auf den Rücken, Ohnmacht, mehrmaliges Erbrechen, blutiger Harn, fadenförmiger Puls, Dämpfung auf fast der ganzen linken Bauchhälfte. Nach 2 Tagen verlor der Harn seine blutige Beschaffenheit, allmähliche Resorption des Blutergusses, expectative Behandlung, Genesung.

J. Feinberg: Zur Casuistik des Paramyoclonus multiplex. (Nr. 5).

Eine 29jährige Frau litt an klonischen Zuckungen der oberen und unteren Extremitäten, des Gesichtes und Rückens bei erhaltenem Bewusstsein und Abwesenheit von Symptomen, welche für Hysterie oder Epilepsie sprechen.

A. Bergmann: Das Rigasche städtische Institut für Lepröse. (Nr. 5).

In das im Jahre 1891 gegründete Leprosorium fanden 46 Kranke Aufnahme. 32 litten an der Lepra tuberosa, 14 an der Lepra anaesthetica. Die Tuberkulininjectionen führten selten zur Besserung, blieben gewöhnlich ohne Erfolg oder führten eine Verschlimmerung herbei. Alsdann wurde salicylsaures Natron, balsamum Gurjuni und die locale Behandlnng mit dem Paquelin angewandt.

O. Petersen: Ueber die Mikroben des weichen Schankers. (Nr. 5).

P. spricht sich dahin aus, dass der weiche Schanker eine Krankheit sui generis ist, hervorgerufen durch ein specifisches Gift. Die Arbeiten von Ducrey und Krefting werden einer Nachprüfung unterzogen. Es wurde als specifischer Erreger eine gewisse Stäbchenform angeschuldigt, welche allein oder in Ketten frei oder in weissen Blutkörperchen vorkommen.

J. Sudakewitsch: Ueber die parasitäre Natur des Krebses. (Nr. 6).

Bei ungefähr 200 Fällen von Carcinom wurde mit Ausnahme von 8 Fällen immer ein Parasit, zu der Classe der Sporozoen gehörig, gefunden, meist in den Krebszellen selbst. Die Parasiten haben einen complicirten Bau, sehr verschiedene Grösse, manchen ist eine doppelt conturirte Hülle eigen. Verf. ist geneigt diese Gebilde in aetiologische Beziehung mit der Entstehung des Krebses zu setzen.

B. Greidenberg: Ueber den Einfluss der Luftdruckschwankungen auf Geisteskranke. (Nr. 6).

Vorläufige Mittheilung.

Luftdruckschwankungen, vornehmlich im Frühling und Herbst, sind nicht ohne Einfluss auf Geisteskranke. Unruhe, Schlaflosigkeit, Aufregungszustände werden beobachtet.

N. Ssaltjikoff: Der Einfluss des Jodoforms auf Cholerabacillen und ähnliche. (Nr. 6).

Jodoformdämpfe schränken das Wachsthum der Choleréculturen ein, ebenso der Prior-Finklerschen Bacillen etc.

S. Bartoschewitsch: Zur Frage über die diagnostische Bedeutung der Untersuchung der Cholerastühle auf die Anwesenheit der Kommabacillen. (Nr. 6).

A. Nowitzky: Ueber die Anwendung des galvanischen Stromes bei Amenorrhoea. (Nr. 6).

Verf. hat einige günstige Erfolge bei Amenorrhoea erzielt; die schmerzstillende Wirkung wird gerühmt.

Th. Romanoff: Die Anwendung einer microchemischen Reaction auf das Eisen.

Amyloidschollen bei der Leber und die glandula pinealis gaben mit Ferrocyankalium die Eisenreaction.

J. Jawein: Zur Frage der Toxine im Urin bei acuten Infectionskrankheiten bei Thieren. (Nr. 7 u. 8).

Es ist nicht richtig von specifischen Toxinen zu reden, welche durch die Nieren ausgeschieden werden sollen, da der Harn in allen vom Verf. untersuchten Fällen neben den specifischen Toxinen auch die specifischen Microben gefunden hat, woher die Frage nicht zu entscheiden ist, ob die im Harn befindlichen Toxine von den Nieren secernirt werden oder ob dieselben von den Lebenserscheinungen der Mikroben im Harn selbst abhängen. Der Harn von Kaninchen, welche nach der Infection mit Erysepilcoccen, den Diplococcen-Fränkel, den Milzbrandbacillen etc. zu Grunde gingen, enthielt immer die betreffende Microbenspecies.

J. Kreindel: Ueber den Einfluss der verdünnten Luft, wie sie local auf den gesunden Organismus wirkt. (Zur Frage der Behandlung mit Hilfe des sog. Junod'schen Stiefels). (Nr. 7).

Vorläufige Mittheilung.

Eine circa 1830 von Junod gemachte Entdeckung wird in Erinnerung gebracht: eine oder mehrere Extremitäten werden in Cylinder gesteckt, in welchem durch Luftverdünnung eine ansaugende Wirkung auf die ganze Extremität hervorgerufen wird, analog der löcalen Einwirkung eines trockenen Schröpfkopfes. Nebenbei werden Sinken des Blutdruckes, Frequenzzunahme der Respiration und Herzcontractionen, Sinken der Körpertemperatur beobachtet.

D. Schbankoff: Einige Mittheilungen aus der letzten Choleraepidemie in dem Gouvernement Ssmolensk. (Nr. 7).

Statistische Angaben der Morbidität und Mortalität der 19 in Russland durchgemachten Epidemien. In der letzten Epidemie sind nahezu 200,000 Menschen gestorben.

Th. Heissler: Ueber die Ausscheidung der Typhusbacillen durch den Schweiss. (Nr. 8).

Nach Verabreichung von Phenacetin 0,6 wird nach genau durchgeführter Desinfection an einer bestimmten Hautstelle unter den nöthigen Cautelen ein Schweisströpfchen aufgefangen und in Probirgläschen mit Gelatine geimpft: in 2 Fällen negativer Erfolg, im dritten ein positiver.

N. Wnukoff: Ueber den anhaltenden Einfluss herabgesetzter Temperatur auf die Koch'schen Bacillen. (Nr. 8).

Cholerareinculturen wurden in Probirgläschen der fortgesetzten Einwirkung der Kälte ausgesetzt (niedrigste T° —26° R.). Vor der Untersuchung liess man die Gelatine aufthauen, bei den Ueberimpfungen wurden Reinculturen erhalten. Die Cholerabacillen ertragen also eine bedeutende Kältewirkung, ohne hre Lebensfähigkeit einzubüssen.

W. Pokrowsky: Zur Frage über den Einfluss heisser römischer Luftbäder auf die Assimilation des N. in der Nahrung, den N-Umsatz in quantitativer und qualitativer Beziehung und die Ausscheidung des neutralen Schwefels im Harn bei gesunden Menschen. (Nr. 9).

Vorläufige Mittheilung.

Die Assimilation der N-haltigen Nahrung wird erhöht, der N-Umsatz in quantitativer Beziehung vermindert, in qualitativer dagegen vermehrt. Die relative Menge des neutralen Schwefels ist herabgesetzt, ebenso die Harnmenge, während das specifische Gewicht steigt. Die Menge der faeces und des in diesen enthaltenen N. nimmt ab. Das Körpergewicht, das Wohlbefinden und der Appetit nehmen zu.

J. Ljwoff: Die Hildebrandt'sche Krankheit (penis captivus s. vaginismus superior). (Nr. 9).

Verf. unterscheidet bei der Entstehung des Vaginismus die krampfhaften Contractionen des sphincter cunni und die Contractionen, welche sich in der Tiefe der Scheide bemerkbar machen und von Muskelfasern ausgehen, welche mit dem levator ani zusammenhängen. Der angeführte Fall bezieht sich auf letztere Verhältnisse: wurde der untersuchende Finger erst ins rectum eingeführt so schwand die krampfhafte Contraction auf ein Minimum. Verf. hofft von einer elektrischen und hypnotischen Cur noch am meisten Erfolg.

R. Kaz: Ein Apparat für die klinische Untersuchung der Lichtempfindung des Auges. (Nr. 9).

N. Solotawin: Sanitäre Maassregeln gegen epidemische Erkrankungen auf dem Lande. (Nr. 9 u. 10).

Verfascer stellt ein minimum von Anforderungen auf welche selbst bei den äusserst primitiven und zurückgebliebenen culturellen Verhältnissen auf dem flachen Lande durchgeführt werden müssen.

E. Tschlenoff: Zur Frage über den verminderten Gehalt weisser Blutkörperchen im Blut. (Nr. 9 u. 10).

Ausgehend von dem von anderen Autoren erhobenen Befunde, dass die Zahl der weissen Blutkörperchen bei acut fieberhaften Krankheiten (Typhus, Masern) herabgesetzt ist untersuchte Verf. das Blut von sechs Kaninchen, welche in einer vom Verf. modificirten Conheimschen Wärmekammer bei einer Temp. bis zu 42° C. 5—6 Stunden gehalten wurden. Unter dem Einfluss der künstlich erhöhten Temp. büsste das Kaninchen ungefähr 50 pCt. der Zahl der weissen Blutkörperchen ein, während der Haemoglobingehalt und die Zahl der rothen Blutkörperchen nahezu unverändert bleiben. 20 Stunden nach dem Versuch, wo die Temp. bis zur Norm oder noch mehr heruntergefallen war, wurde 8 Mal eine Zunahme der weissen Blutkörperchen constatirt.

Linger

Medicinskoje Obosrenje. № 3, 4 u. 5. 1893.

A. Muratow: Zur Lehre von der Diagnose und Therapie der malignen Neubildungen des Uteruskörpers. Nr. 3.

Verf. erinnert an die Schwierigkeiten, die sich bei der Diagnose eines beginnenden malignen Tumors des Uteruskörpers einstellen und weist darauf hin, dass auch in vielen Fällen die mikroskopische Untersuchung excidirter Schleimhautstücke nicht zur sicheren Diagnose führe; desshalb ist er sehr vorsichtig geworden mit der Diagnose einer in Entwicklung begriffenen malignen Geschwulst des Uteruskörpers und mit der Aufstellung von Indicationen zur totalen Uterusexstirpation. Der zu diagnostischen Zwecken unternommenen Abrasio mucosae soll immer eine genaue klinische Beobachtung folgen, die Ausschabung soll nur nach vorangegangener Erweiterung der Cervicalhöhle vorgenommen werden. Tritt nach der Ausschabung keine Besserung ein, im Gegentheil wird der blutige und schleimige Ausfluss stärker, erholen sich die Kranken dabei nicht, so soll man mit der Uterusexstirpation nicht lange warten, denn da ist der Tumor wohl immer maligner Natur. Verf. bekräftigt seine Anschauungen durch einzelne Krankengeschichten.

W. Tipjakow. Ein Fall von Laporotomie bei Extra-Uterinschwangerschaft. Nr. 3.

Es handelt sich um eine Ovarialschwangerschaft.

I. Ljwow. Ueber die beste Behandlungsmethode des Nabelstrangrestes. Nr. 3.

Verf. hat bereits 1888 eine Behandlungsmethode angegeben (Bestreuung mit Magister. Bismuthi 10 Theilen, Jodoform. 1 Theil, darauf Marliecompressen), doch erwies sich diese insofern unpraktisch, als der mumificirte Rest selten vor dem 7—10 Tage abfiel. Ferner hat sich durch die Untersuchungen von Cholmogorow und Artemjew herausgestellt, dass man strenge desinficirende Mittel garnicht nöthig hat anzuwenden. Ljwow hat desshalb versucht den Nabelstrangrest mit Glycerin zu behandeln, indem hygroscopische Watte in Glycerin getränkt auf den Rest gelegt wird. 4—5 Tage bleibt der Verband liegen, das Kind wird dabei nicht gebadet. Schon am 5. Tage fällt der mumificirte Rest gewöhnlich ab. Diese Methode scheint dem Verfasser am praktischesten.

D. Tschetkin: Ein Instrument für die Craniotomie. Nr. 3. Die Abbildung ist im Original nachzusehen.

Ssumarokow. Zur Casuistik der Nephrolithotomie. Nr. 3.

A. Borissow. Die Behandlung des Trachoms und der chronischen Conjunctivitis mittels Massage. Nr. 3.

Die Resultate dieser Behandlungsmethode waren sehr günstig.

N. Filatow. Ein Fall von periodischer Haematurie bei einem 11-jährigen Mädchen. Nr. 4.

Beim Tragen eines Tisches fiel das 11-jährige Mädchen auf den Rücken. 8 Tage darauf trat blutiger Harn ein; der Bodensatz des Harns bestand aus rothen Blutkörperchen und fadenförmigen Bündeln, die Conglomerate von rothen Blutkörperchen darstellten, wahrscheinlich Abgüsse derjenigen Canäle repräsentirend, in welchen das Blut zur Gerinnung kam; nach einigen Tagen verschwand das Blut in dem Harn völlig, jedoch trat dann wieder periodisch die Haematurie auf. Der blutfreie Urin hatte immer ein hohes specifisches Gewicht und einen bedeutenden Bodensatz von reiner Harnsäure, deren kleine Krystalle schon im frisch gelassenen Harn bemerkbar waren. Eiweiss war nur in dem bluthaltigen Urin nachweisbar. Die periodische Haematurie dauerte 6 Wochen, ohne dass irgend welche Symptome einer schweren Affection oder Entzündung von Seiten der beim Fall betheiligten Organe hervortraten. Filatow schloss daraus, dass die Haematurie nicht traumatischen Ursprunges sein könne. Man könnte dieselbe vielmehr auf den gefundenen Harnsand zurückführen (Kielberg hat bereits seit 20 Jahren auf die durch grosse Mengen Harnsand hervorgerufene Haematurie aufmerksam gemacht), oder aber, was Verf. noch plausibler scheint, die Harnsäure-Diathese, welche beim Kinde bestand, führt zu essentiellen Nierenblutungen (analog dem Nasenbluten bei Kindern gichtischer Eltern); diese werden noch unterhalten durch den Reiz des concentrirten Urins und der Harnsäurekrystalle.

K. Lokkenberg. Ein Fall von Nephritis nach Keuchhusten. Nr. 4.

Bei einem 10-jährigen Mädchen traten in der 6. Woche des Keuchhustens Symptome einer acuten Nierenentzündung auf, die sogar bis zu eclamptischen Anfällen sich steigerten. Nach 3 Wochen war die Nephritis völlig geheilt.

F. M. Blumenthal. Ueber einige Eigenschaften des Harns bei Keuchhusten. Nr. 4.

Verf. hat in einer grossen Anzahl von Fällen übereinstimmende Befunde am Harn keuchhustenkranker Kinder entdeckt. Der blassgelbe Urin von stark saurer Reaction zeigt ein hohes specifisches Gewicht (1022—1032), der reiche Bodensatz besteht fast ausschliesslich aus Krystallen freier Harnsäure. Die quantitative Harnsäurebestimmung ergab, dass die tägliche Menge freier Harnsäure gesteigert ist, die Norm um 2—3 mal übertrifft. Diese Harneigenschaften waren am deutlichsten ausgeprägt in den Anfangsstadien des Keuchhustens, d. h. im catarrhalischen Stadium. Chinin und namentlich Antipyrin verändern die beschriebenen Eigenschaften des Urins, er wird blass, trübe, das specifische Gewicht fällt auf 1006—1010, der Bodensatz verschwindet. Verf. ist der Meinung, dass die angegebenen Befunde für Keuchhusten charakteristisch sind und ihre Erklärung in der Annahme einer starken Leucocythose finden (übereinstimmend mit der Lehre von Horbaczewski).

A. Hippius. Ueber einige Eigenschaften des Harns beim Keuchhusten. Nr. 4.

Verf. wendet seine Aufmerksamkeit auf die klinische Bedeutung der von Blumenthal entdeckten Urinbefunde. Das Material, welches Beiden zur Verfügung stand, gehörte ausschliesslich der Privatpraxis, infolge dessen konnten die Anfangsstadien der Krankheit genau verfolgt werden, und grade da ergab es sich, dass der charakteristische Urinbefund sehr gut zu diagnostischen Zwecken verwendet werden kann. In Fällen, wo die Diagnose schwankt zwischen fieberloser Bronchitis, Laryngitis einerseits, und Keuchhusten andrerseits, ist der beschriebene charakteristische Urinbefund entscheidend; nur wenn die Kinder fiebern, ist die diagnostische Bedeutung der Uroskopie verringert. Für die Prognose lässt sich die Uroskopie nicht verwerthen, wohl aber scheint die Behandlung des Keuchhustens von dem Urinbefunde an Werth zu gewinnen. Wenn wir wissen, dass die Harnsäurequantität auf das 2—3 fache gestiegen ist, dabei die primäre Ursache dieser Erscheinung in einer Leucocythose zu suchen ist, so werden wir nach Mitteln suchen, die den Zerfall der Leucocythen hemmen, das sind Chinin, Antipyrin, Atropin.

A. Hippius. Ueber Hämorrhoiden bei Kindern. Nr. 4.

Verfasser führt einige Fälle von chronischer Stuhlverstopfung an, zu der sich die Bildung von Hämorrhoidalknoten hinzugesellt haben und lobt die Wirkung der Massage und der Faradisation des Leibes, ausserdem verbindet H. damit noch eine Massage der Knoten. Der Masseur bringt den Kleinfinger, gut beölt, in's rectum und streicht vorsichtig die Knoten im Verlauf von 1—3 Minuten mit circulären Bewegungen, in der Richtung nach oben. Diese Methode erweist sich überaus wirksam.

N. Afonski. Ein Fall von Haemophilie bei einem 12-jähr. Knaben. Nr. 4.

A. Kissel. Ein seltener Fall von fibrinöser Pneumonie bei einem 6-jährigen Kinde. Nr. 4.

Der Fall ist insofern interessant, als die Lungenentzündung einen blitzartigen Verlauf zeigte und in 30 Stunden den Exitus lethalis herbeiführte.

A. Hippius. Ein Fall von Incontinentia urinae, geheilt durch Suggestion. Nr. 4.

Ein 6-jähriges Mädchen litt seit einiger Zeit an Urinincontinenz, welche vorübergehend durch Rhus aromatica, Nux vomica und Faradisation der Harnblase gebessert wurde. H. entschloss sich nun das Kind zu hypnotisiren, was ihm auch nach einiger Zeit gelang; er suggerirte dann dem Mädchen, es soll ruhig schlafen und nicht das Bett benässen. Der Erfolg war eclatant.

Th. Buljubasch. Diabetes insipidus bei einem 5-jährigen Knaben. Nr. 4.

S. Ssmirnow. Balsamkraut als Antinervinum. Nr. 4.

Das Tanacetum balsamita ist namentlich in Südrussland in fast allen Gärten anzutreffen, wird vom Volke gegen Kopfschmerzen, Migräne, Epilepsie angewandt. Verf. beschreibt nun 3 Fälle von Epilepsie und epileptiformen Krämpfen, die verschwanden, nachdem ein Tanacetinfus angewandt worden war.

T. Krassnobajew: Ueber essentielle paroxystische Tachycardie. Nr. 5.

Zum Referiren nicht geeignet.

M. Blumenau. Zur Frage über den Pulsus bigeminus und trigeminus. Nr. 5.

Diese Pulse beobachtete B. als rasch vorübergehende Erscheinung bei leichten Formen von Unterleibstyphus. Verf. ist der Meinung, dass dabei centrale, reflexhemmende Apparate betheiligt sind.

A. Matwejew. Zur Casuistik der Halsechinokokken. Nr. 5.

Es handelte sich um eine elastische Geschwulst in der rechten Halsseite zwischen dem Kehlkopf und dem Kopfnicker. Erst bei der Operation wurde die Diagnose gestellt.

A. Pombrak. Ein Fall von Papillomatosis linguae. Nr. 5.

Th. Remesow. Ueber prophylaktische Anticholera-Impfungen nach Chawkin. Nr. 5.

Verf. hat in Moskau die bekannten Chawkin'schen Versuche wiederholt. Seine Resultate waren folgende: 1) es ist experimentell bewiesen, dass Thiere gegen Cholerainfection immun gemacht werden können; es bleibt nur noch die Frage offen, auf wie lange Zeit die Immunität anhält; 2) die Einimpfung der Choleravaccine ist für den Menschen mit keiner Gefahr verbunden.

Abelmann.

Russkaja Medicina № 5—10.

Eugen Gurin: Ueber die antiseptische Behandlung der Acne und Furunculosis Nr. 4—5.

Verfasser erklärt sich als Gegner der chirurgischen Behandlung von Furunkeln und Carbunkeln und schlägt die Behandlung mit antiseptischen Compressen, oder, was noch viel energischer und schneller wirkt, mit parenchymatösen Injectionen antiseptischer Flüssigkeiten vor. Zu Compressen gebraucht Verf. folgende Formeln:

1) Chloroformii 30,0; Ol. cinamomi 10,0; Phenoli 1,0—3,0; Ol. camphor 50,0.

2) Chloroformii 30,0; Ol. caryophyll. 5,0—20,0; Kreosoti 1,0—2,0; Ol. camphor 50,0.

3) Hydrargyri bichlorati 0,1—0,3; Phenoli 1,0—3,0; Spir vini 10,0—20,0; Aq. destillat. 90,0.

4) Hydrargyri salicylici. 0,1—0,3; Acidi salicylici 1,0—2,0; Spirit. vini 10,0—30,0; Aq. destillat. 80,0.

5) Hydrargyri bijodati 0,1—0,3; Tinct. jodi 1,0—2,0; Glycerini 50,0, Aq. destillat. 50,0. Auch Hydrargyrum Cyanatum wird in ähnlicher Weise zu parenchymatösen Injectionen verwendet G: 1) Phenoli 0,1—0,2; Hydrargyri bichlorati (s. cyanati) 0,005—0,01; Natrii chlorati 0,07; Aq. destillat. 10,0; 2) Phenoli 0,1—0,2, Natri salicilici et Natri biboracici aa 1,0, Glycerini 2,0; Aq. chloroformii 8,0; 3) Jodoform 0,3—0,5. Saloli 0,5—1,0; Phenoli 0,1; Aetheris 2,0—4,0; Spirit. vini 6,0—8,0. Verf. glaubt, dass die angegebenen Formeln auch zur Behandlung von Phlegmone und Lymphadenitis verwendbar sein können.

Scheschminzew: Zur Behandlung des Flecktyphus Nr. 5.

Verfasser ist Anhänger der antipyretischen Behandlung der Infectionskrankheiten, und zwar gebraucht er gewöhnlich das Antifebrin. In letzter Zeit hat S. während einer starken Flecktyphusepidemie Creolin innerlich mit sehr gutem Erfolge angewandt, er verschreibt Creolini 2,0, Aq. destillat. 180,0 4—6 mal täglich 1 Theelöffel. Er fand, dass bei dieser Behandlung der Flecktyphus viel leichter verlief, das Fieber nie solch hohe Werthe, wie früher, erreichte und leicht durch Antipyreticis zu beeinflussen war.

Citrin: Zur Casuistik der epidemischen Cerebrospinal-Meningitis Nr. 6.

Pawlowski und Buchstab: Ueber Immunisirung und Serumtherapie bei Infection mit Choleravirus. Nr. 8 u. 9.

Zahlreiche Experimente an Thieren (Kaninchen, Meerschweinchen, Hunden) führten die Verfasser zur Ueberzeugung, dass das Blutserum immunisirter Thiere im Stande sei Immunität gegen die Infection mit voll-virulentem Choleravirus zu schaffen, und die bereits erkrankten Thiere bei absolut lethaler Dosis des Giftes vollkommen auszuheilen. Das Nähere über die Immunisirung der Thiere, die Darstellung des Blutserums und über die Behandlung bereits inficirter Thiere ist im Original nachzulesen.

Schalin: Ueber Phagocythose bei Cholera-Infection Nr. 9.

In der neueren Literatur wird die Meinung vertreten, dass die Cholerabacillen negative Chemotaxis auf Leucocythen ausüben (dadurch wird die starke seröse Exsudation in den Darm bei Fehlen von Leucocythen erklärt); andrerseits sind Angaben von Anatomen gemacht worden über das Vorhandensein kleinzelliger Infiltration in den Darmwänden von Choleraleichen, was auf positive Chemotaxis hindeutet. Verf. hat nun experimentell festgestellt, dass bei nicht immunisirten Thieren keine Phagocythose besteht, der Cholerabacillus entwickelt also negative Chemotaxis; bei immunisirten Thieren dagegen ist immer Phagocythose vorhanden, die um so stärker ist, je giftfester das Thier ist.

Putilow: Ueber Mangelhaftigkeit der gegenwärtigen Expertise Nr. 9.

J. Kotzin: Ueber blutigen Samen Nr. 9.

Verf. beschreibt 2 Fälle von chronischer Samenbläschen-Entzündung, bei denen als hervorragendes Symptom blutig gefärbter Samen mit der Pollution ejaculirt wurde. Gonorrhoe bestand nicht. Im Urin waren keine Tripperfäden. Aetiologisch waren Excesse in venere zu beschuldigen. Heilung durch Sitzbäder, Jodkalisuppositorien ins Rectum, Cauterisation der hinteren Urethra mittels 5 pCt-iger Lapislösung. Innerlich Eisen und Brom.

Abelmann.

Medicina. № 6—13. 1893.

S. Scharago: Zur Frage über die sarcomatöse Erkrankung der Nebennieren Nr. 6 und 7.

Fall von Unterleibstumor, als Leberadenom angesehen, erwies sich bei der Autopsie als Sarcom der Nebenniere.

S. Neuschtube: Die prophylaktische Einimpfung des Milzbrandgiftes bei Schafen und anderen Hausthieren nach der Methode von Professor Zenkowsky. Die Einrichtung des Laboratoriums zur Gewinnung der vaccine. NN. 6, 7, 8.

Zum Referate ungeeignet.

Tshirkow: Zur Aetiologie der Lebercirrhose Nr. 8.

Verfasser hat bei der mikroskopischen Untersuchung einer cirrhotischen Leber, in den Intercellularräumen Bacillen entdeckt; in den Leberzellen und den Capillaren waren dieselben nicht zu finden. Die Färbung der Bacillen gelang dem Verf. auf Schnittpräparaten.

A. Billig: Ein Fall von beweglicher, stark vergrösserter Milz mit Leucocythose Nr. 9.

A. Maxutow: Ueber die Actinomykose und die Morphologie des Strahlenpilzes. NNr. 10—12.

Auf Grund zahlreicher Untersuchungen gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Unter den pathogenen Mikroorganismen giebt es einige Variationen des Actinomyces-Pilzen. 2) Die uns bekannten Variationen, welche beim Vieh gefunden werden, sind auch für den Menschen pathogen. 3) Alle Varietäten zeigen morphologisch unter sich viel Aehnlichkeit. 4) Hunde, Schaafe, Kaninchen und Meerschweinchen sind immun. 5) Der von Israel und Wolff beschriebene Actinomyces ist auch für Kaninchen und Meerschweinchen pathogen, nicht aber für Schaafe.

S. Rawnitzky: Zur Casuistik der Complicationen bei Influenza Nr. 10.

Verf. hat bei 28 Patienten die verschiedensten Erkrankungen in Gefolge der Influenza auftreten gesehen. Ausführlich werden beschrieben 1) Influenza, Parametritis et Cystitis 2) Influenza, Tachycardia.

W. Poljakow: Ein Fall von Stenose des Dünndarms mit nachfolgender Perforation und Peritonitis, als Folge einer Inguinalhernie Nr. 11.

Grshibowsky: Zur Pathologie des Trippers Nr. 12.

An 50 Patienten hat Verf. verschiedene Beobachtungen angestellt. Bei acuten und subacuten Fällen konnte Verf. immer den Neisser'schen Gonokokkus constatiren. 1—1½ Wochen nach dem Versiegen des schleimig eitrigen Ausflusses wurden noch immer in den Tripperfäden Gonokokken gefunden; jedoch

von dieser Zeit an fand G. in den Fäden nicht mehr die charakteristischen Kokken, sondern neben vielen Epithel- und Eiterzellen andere nicht pathogene Kokken und Diplokokken. Um die Frage zu entscheiden, ob solche Tripperfäden ansteckend sind, brachte er dieselben in gesunde Harnröhren hinein, dabei trat in keinem Falle Gonorrhoe auf. Die Ursache, warum der Tripper, selbst nach Verschwinden der Gonokokken fortdauert, sieht Verf. in dem Umstande, dass das schleimig-eitrige Secret der kranken Urethra ein sehr guter Nährboden für verschiedene Mikroorganismen ist, die leicht aus der Luft, aus dem Präputialsack etc. hineingelangen können.

W. Schulz: **Ein Eall von Pseudo-Gallensteinkolik bei Verschluss des Gallenganges. Einiges zur Pharmacologie des Calomel und des Olivenöls Nr. 13.**

Ausführlicher Krankenbericht.

A b e l m a n n.

Chirurgitscheskaja Ljetopissj.

(Chirurgische Jahrbücher) Band III, Heft 1.

N. M. W o l k o w i t s c h. **Einige Daten über die Aktinomykose des Menschen (ihre Diagnose, Pathologie und Verbreitung).**

Nach einer kurzen Literaturangabe beschreibt W. 2 von ihm beobachtete Fälle von Aktinomykose der Unterkiefergegend resp. der Unterlippe, die leider beide trotz wiederholter und eingreifender Operationen ungeheilt aus der Behandlung entlassen werden mussten. Von Interesse sind die Bemerkungen über die Diagnose der A. und die Resultate der mikroskopischen Untersuchung der excidirten Gewebsmassen. In keinem der beiden von W. beobachteten Fälle waren die charakteristischen gelben Körner im Eiter der Fistelgänge vorhanden, und doch konnte W. bei seinem zweiten Patienten, belehrt durch den ersten Fall, die Diagnose vor der mikroskopischen Untersuchung stellen, und zwar nach dem Charakter der auf Druck aus den Fisteln sich entleerenden zerfallenen Gewebsmassen. Diese Massen zeichnen sich besonders durch ihr körniges Gefüge aus, Farbe und Consistenz sind dem der grauen Hirnsubstanz ähnlich, zuweilen erinnern sie im Aussehen an Atherombrei. Sie bestehen aus zerfallenen Zellgruppen, während die gelben härteren Körner bekanntlich aus Drüsen des Strahlenpilzes bestehen. — In beiden Fällen konnte W. eine aktinomykotische secundäre Erkrankung der Lymphdrüsen nachweisen. Dass das Vorkommen einer solchen gewöhnlich geleugnet wird, erklärt W. dadurch, dass die Drüsen weich sind und sich im hart infiltrirten Gewebe nicht palpiren lassen, andrerseits so früh erweichen und zerfallen, dass sie meist bei der Operation nicht gesehen werden. — Bei der mikroskopischen Untersuchung fand W. das Gewebe aus gewöhnlichen Granulationszellen, grossen, die ersteren um das Mehrfache an Umfang übertreffenden Zellen und spärlichen Riesenzellen mit mehreren ovalen unregelmässig angeordneten Kernen bestehend. Zu erwähnen ist die Anordnung der grossen Zellen in Zügen, oder runden Haufen; nur in diesen Zellhaufen liessen sich Strahlenpilze nachweisen, aber bei Weitem nicht in allen. Diese Zellhaufen sind theils in Coagulationsnekrose begriffen, theils wandeln sie sich in Züge von Spindelzellen und faseriges Bindegewebe um. Diese zerfallenden Zellnester entsprechen den charakteristischen bei Druck sich an den Fisteln entleerenden grauröthlichen körnigen Massen. In Betreff der Morphologie des Strahlenpilzes bringt W. nichts Neues. — Interessant ist der zweite Fall insofern als W. das Eindringen des Pilzes in die Ausführungsgänge der Schleimdrüsen an der Innenfläche der Unterlippe nachweisen konnte. Die Ausführungsgänge und die Drüsen selbst waren vielfach vollgestopft mit Pilzfäden; wo das Drüsenepithel zerstört war, konnte gut beobachtet werden, wie der Pilz allmählich in das Nachbargewebe weiter vordrang.

Prof. J. W. K u s m i n: **Eine Leberhernie (Hernia hepatica).**

Ein durch seine Seltenheit bemerkenswerther Fall von Bauchhernie, die zwischen den Fasern des rechten musc. rectus abdominis zwischen Nabel und Proc. xiphoid. austrat und einen Theil des linken Leberlappens enthielt. Incarceration gab die Veranlassung zur Operation, die zu glatter Heilung führte. Das incarcerirte Leberstück war hyperämisch und stellweise ecchymotisch, aber soweit lebensfähig, dass es reponirt werden konnte. Aetiologisch haben mehrere Factoren mitgewirkt: 3-malige Geburt, eine längere Zeit bestehende Fetthernie, andauernde schwere körperliche Arbeit und die Gewohnheit der dickleibigen Patientin, die Röcke sehr stark zu schnüren.

S p i s h a r n y: **Ueber äussere Magenfisteln.**

S. beschreibt einen Fall von äusserer Magenfistel aus der Klinik von Prof. S k l i f f a s s o w s k i. 18-jährige Kaufmannstochter, früher Blutarmuth, vor 2 Jahren angeblich Perityphlitis, bald darauf Schmerzen im Magen, Bildung und Durchbruch eines Abscesses über dem Nabel; nach dessen Heilung bildeten sich neue Abscesse unter dem Nabel, dann in der rechten Lumbalgegend und am rechten Rippenbogen, die theils spontan durchbrachen, theils incidirt wurden. Bei der Aufnahme in die Klinik wurden 2 Fisteln, die miteinander communicirten, gefunden und zwar beide in der rechten Lumbalgegend. Geringe Eitersection. Bei der Operation wurde nach Vereinigung beider Fisteln ein zwischen der 11 und 12 Rippe in die Tiefe führender Gang gefunden und nach partieller Resection der 12 Rippe dilatirt; er führte zur Mittellinie und etwas nach oben. Tamponade. Beim Verbandwechsel entleerte sich Mageninhalt. Unter Tamponade heilte die Fistel zu. — Ausser diesem hat S. in der Literatur nur noch 61 Fälle von äusserer Magenfistel gefunden. Die meisten sind durch Perforation eines ulcus rotundum entstanden; die äussere Oeffnung wurde nur in dem beschriebenen Falle in der r. Lumbalgegend gefunden. Geheilt wurden 15 Fälle, ungeheilt blieben 28, es starben 9 Fälle.

O l e n i n: **Die Resultate der Anwendung der A p o s t o l i'schen Methode.**

Verfasser ist ein warmer Anhänger der Elektrotherapie gynäkologischer Leiden nach A p o s t o l i'scher Methode. Zugleich tritt er aber für sorgfältige und vorsichtige Indicationsstellung ein.

Weiter enthält das Heft kleinere casuistische Mittheilungen, die eines Referates nicht bedürfen.

W a n a c h.

Chirurgitscheski Westnik 1893. Jan.—März.

M. M. K u s n e z o w: Zur Frage von den Heilmethoden des Anus praeternaturalis. Aus der Klinik des Prof. W. F. G r u b e in Charkow.

Abhandlung der genannten Frage im Lehrbuchstiel. In der noch ausstehenden zweiten Hälfte der Arbeit sollen zwei Fälle von Secundärresection in dieser Indication aus der Charkower Klinik berichtet werden.

J. J. K i j a n i t z y n: Zur Frage von den Todesursachen bei ausgedehnten Verbrennungen der Haut. Aus dem gerichtlich-medicinischen Laboratorium in Kiew.

Uebersicht der einschlägigen Literatur nebst eigenen Versuchen zur Darstellung der durch die Verbrennung entstehenden Ptomaine. Auf die Resultate der Arbeit behalten wir uns vor zurückzukommen, sobald dieselbe vollständig erschienen sein wird.

N. T r i n k l e r (Charkow): Zur Casuistik der Polymyositis acuta

Mittheilung eines Falles von multiplen Muskelabscessen, aus denen der Staphylococcus pyogenes aureus und Streptococcen cultivirt wurden. Dazu kurze epikritische Bemerkungen.

M. A. W a s s i l j e w (Warschau): Ein Fall von Cholecystotomie.

Die Indication der Operation war Cholelithiasis und Empyem der Gallenblase, der primäre Erfolg gut; doch gingen die Patientin bald am Leberkrebs zu Grunde.

N. N. I w a n o w: Karl Karlowitsch Reyher.

Biographie des zu früh verstorbenen Chirurgen, dessen Verdienste voll gewürdigt werden. Der vorliegende Theil behandelt die Geschichte seiner Jugend, seinen Aufenthalt in Dorpat als Student, Assistent und Docent, seine Thätigkeit im serbisch-türkischen und im russisch-türkischen Kriege auf dem kaukasischen Kriegsschauplatz.

G. G. N a d j e s h d j i n: Sechs Fälle von Echinococcus.

Verfasser verfügt, mit 4 früher veröffentlichten, jetzt im Ganzen über 10 Fälle von Echinokokken, darunter 7 in der Leber localisirt, 1 in der Leber und vielleicht auch der Pleura, einer im Netz und der Bauchhöhle mit Ausschluss der parenchymatösen Organe und 1 in der Muskulatur. 5 Fälle wurden nach V o l k m a n n, 2 durch Punktion operirt und, soviel bekannt, dauernd geheilt. Auf die einzelnen Krankengeschichten einzugehen liegt kein Grund vor.

N. A. Ssokolow: Das Lipoma resp. Fibroma arborescens articulorum. Aus der chir. Abth. des klinischen Institutes der Grossfürstin Helene Pawlowna in St. Petersburg.

Vorliegt bis jetzt eine Uebersicht der einschlägigen Literatur.

V. Grusdjew: Einige Beobachtungen über die combinirt chirurgische und balneologische Behandlung von Frauenkrankheiten in Shelesnowodsk.

Mittheilungen über die Verhältnisse am genannten Badeorte.

G. G. Nadjeshdjin: Elf Strumectomien.

Mittheilung der betreffenden Krankengeschichten (davon 3 bereits früher veröffentlicht) nebst einer kurzen Epikrise.

J. Fedorow: Zur Behandlung der Gelenkwassersucht.

Empfehlung von Watteverbänden auf Grund eines freilich sehr beschränkten und nicht besonders überzeugenden Materials.

P. A. Dsbanowski: Ein Fall von Unterbindung der rechten Arteria subclavia im 4. Abschnitt.

Krankengeschichte mit kurzer Epikrise. Ursache der Blutung Arrosion der Arterie in einem tiefen Abscess. Nach glücklicher Heilung blieb Parese des Plexus brachialis zurück.

Iwanow: Karl Karlowitsch Reyher.

Fortsetzung der Biographie Reyher's, die erste Periode seines Aufenthaltes in St. Petersburg betreffend.

M. M. Kusnezow: Zur Frage über die Behandlungsmethoden des Anus praeternaturalis. Aus der Klinik des Prof. W. F. Grube in Charkow. Schluss.

Behandelt die secundäre Darmresection und die Enteroanastomose. Auch die zweite Hälfte des Artikels ist ausschliesslich compilativ gehalten. Neu sind nur zwei Krankengeschichten aus der Charkower Klinik, betreffend secundäre Darmresectionen mit glücklichem Ausgang.

J. J. Kijanitzyn: Zur Frage nach der Todesursache bei ausgedehnten Verbrennungen der Haut. Aus dem gerichtl.-medicinischen Laboratorium in Kiew. Schluss.

Mittheilung der eigenen Versuche des Verfassers in extenso, durch welche nach seiner Ansicht, die bei einigermassen langdauerndem Verlauf ausgedehnter Verbrennungen zu beobachtenden Erscheinungen sowie die Todesursache selbständig aufgeklärt werden. Danach hängen die bedeutende Temperaturerniedrigung, Verfall der Herzthätigkeit und des Pulses, die Herabsetzung des Blutdruckes, die langsame, oberflächliche und zuweilen unregelmässige Athmung, Dyspnoe, Durchfall, Erbrechen, Krämpfe, Apathie und Sopor voll und ganz von der Entwicklung giftiger Ptomaine im Blut und den Organen der Verbrannten ab, sei es nun, dass es sich dabei um pathologische Stoffwechselproducte der durch die Verbrennung geschädigten zelligen Elemente und des Blutes handelt, oder dass es unter dem Einfluss von Fäulnissbacterien oder anderer Fermente zu Zersetzungen abgestorbener Gewebs- (und Blut-) Bestandtheile kommt. Vielleicht finden auch beide Entstehungsmodi statt. Das Ptomain fand sich in grösseren Quantitäten nach Verbrennungen 3, als nach solchen 1. und 2. Grades; auch reichlicher in den Organen als im Blut. — Die Affection der Nieren und anderer parenchymatöser Organe (in Form einzelner Heerde), die Haematurie, Geschwürsbildung im Duodenum hängt aller Wahrscheinlichkeit nach von Gefässthrombosen in Folge der Zerstörung des Blutes durch die Verbrennungshitze ab. Das Nierenparenchym wird wohl auch direct durch die Ptomaine geschädigt. Wenigstens fanden sich bei damit vergifteten Thieren intensive Hyperämie der Nieren, Oedem der Schleimhaut in den Nierenkelchen u. dergl. Den Shok lässt Verf. als Todesursache wesentlich nur in den Fällen gelten, wo der Tod in Folge sehr ausgedehnter und intensiver Verbrennung sehr rasch eintritt. Bei mehr protrahirtem Verlauf scheint über dies schon darum unwahrscheinlich, weil das oben angedeutete Krankheitsbild nur bei Einwirkung hoher Temperaturgrade, nicht auch bei anderen Affectionen ausgedehnter Hautpartien beobachtet wird. — Zum Schluss berichtet Verf. noch über einige günstige therapeutische Versuche an verbrannten Hunden mit dem schon von Hutchinson und neuerdings von Lustgarten als Antidot bei schweren Verbrennungen empfohlenen Atropin.

Grubert.

An die Redaction eingesandte Bücher.

L. Grünwald. Die Lehre von den Naseneiterungen. München, Lehmann 1893.
A. Erlenmeyer. Klin. Beitr. z. Lehre von d. congenit. Syph. Sep. Abdr.
Bocquillon-Limousin. Formulaire de l'Antisepsie Paris 1893.
K. Shibata. Geburtshilfl. Taschenphantome. München Lehmann 1892.
B. Rawitz. Compend. d. vergl. Anatomie. Leipzig Hartung 1893.
Helmholz. Physiol. Optik VII. Lief. Hamburg und Leipzig, L. Voss. 1892.
M. Hirsch. Staatshilfe bei Massenepidemien, speciell der Cholera, Frankfurt Kaufmann 1892.
Münchener medicin. Abhandlungen № 28, 30—35, 37, 38. München Lehmann 1892.
P. Börner's, Reichs-Medicinalkalender pro 1893. Leipzig, Thieme.
Guttstadt. Ueber die prakt. Ausbildung der Aerzte. Berlin Springer 1892.
Friedr. Heimbertsohn Hinze Gedichte 1892. Petersburg Eggers.
Höfler. Wald und Baumcult in Beziehung zur Volksmedicin München, Stahl 1892.
C. Leonard. Taschenbuch der Anatomie des Menschen. Leipzig Hobbing 1892.
Klin. Jahrbuch herausgegeben von Guttstadt IV Band. Berlin Springer 1892.
Encyclopädische Jahrbücher von Eulenburg II Jahrgang. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg 1892
Fischer. Specielle Chirurgie. Berlin, Wreden 1892.
Löbker. Operationslehre III Aufl. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg 1893.
Schenk. Grundriss der Bakteriologie. Jbidem 1893.
Uffelmann. Handb. der Kinderheilkunde. Jbidem 1893.
Schauta. Grundr. der operat. Geburtshülfe II Aufl. Ibidem 1893.
Kaposi. Pathol. und Ther. der Hautkrankh. IV Aufl. 1. Hälfte Ibidem 1893.
Magnus. Augenärztl. Unterrichtstafeln Heft II. Breslau Kern 1892.
G. Brodie. Dissections illustrated. Part I. London und New-York, Whittaker et Co.
Отчетъ о санитарномъ состоянiи русской армiи за 1890 год. С.-Петербургъ 1892.
Гаазе. О размѣщенiи подъ кровлей раненыхъ и больныхъ на театрѣ войны. Переводъ съ Нѣмецкаго.
Флюгге. Основы гигiены. Переводъ 1893.
Синицынъ. О зубоврачебной помощи въ школахъ. С.-Петербургъ 1892.
Baginsky. Lehrbuch der Kinderkrankh. Berlin, Wreden 1892.
Miller. Die Mikroorganismen der Mundhöhle. Leipzig, Thieme 1892.
Hacker. Chirurg. Beiträge. Wien, Hölder 1892.
Paschkis. Arzneiverordnungslehre. Wien, Hölder 1892.
Gad und Heymans. Lehrb. der Physiologie des Menschen. Berlin, Wreden 1892.
Frank. Ueber die angeborene Verschliessung des Mastdarms. Wien, Safar 1892.
Illisch. Beitrag zur Klinik der Aktinomycose. Wien, Safar 1892.
Beiträge zur Chirurgie, Festschrift, gewidmet Theodor Billroth. Stuttgart, Enke 1892.
Deutsche Chirurg. Lief. 23 Winiwarter. Die chirurg. Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes. Stuttgart, Enke 1892.
Schwalbe. Grundriss der speciellen Pathologie und Therapie. Stuttgart, Enke 1892.
Jahresb. des Medicinalwesens der Stadt Frankfurt a. M. Jahrgang 1891.
Pribram und Wender. Anleitung zur Prüfung und Gehaltsbestimmung der Arzneistoffe. Wien, Perles 1893.
Gutzmann. Vorles. über die Störungen der Sprache und ihre Heilung. Berlin, Fischer's med. Buchhandl. 1893.
Cohn. Cursus der Zahnheilkunde. Berlin, Fischer's med. Buchhandlung 1892.
Fürst. Die häusliche Krankenpflege. Leipzig, Hirschfeld 1893.
Behring. Die Blutserumtherapie II. Leipzig, Thieme 1892.
Bögle. Entstehung und Verhütung der Fussabnormitäten. München und Leipzig, Lehmann 1893.
Riffel. Mittheil. über Erblichkeit und Infectiosität der Schwindsucht. Braunschweig, Bruhn 1892.
Neuber. Kurze Beschreibung der aseptischen Wundbehandlung. Kiel und Leipzig, Lipsius und Fischer 1892.
Warfvinge. Arsberättelse fran Sabbatsbergs Sjukhus i Stockholm för 1891.
Müller und Potonié. Botanik. Berlin, Fischer's medicin. Buchhandlung 1893.
Müller. Widerstandsgymnastik. Leipzig, Hirschfeld 1892.
Otto Aquila. Der kleine Liebreich. Berlin, Fischer's med. Buchhandlung.

Дозв. ценз. Спб. 7 Мая 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhof Prosp. №

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 4. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift» 1893.

Wratsch 9—13.

M. Raskina: Anlässlich des Streites über die Infectiosität der Cholera und des Versuches von Pettenkofer und Emmerich. (Nr. 9 und 10).

Verf. ist Anhänger der Contagionisten, führt Beispiele aus verschiedenen Epidemien an, welche die Contagiosität beweisen.

S. Dserschgorski: Untersuchung des neuen Hausfilters von Berkefeldt. (Nr. 9.)

Mehrere Liter von Bouillonlösung mit Typhusbacillen wurden durchfiltrirt. Das Filtrat wurde bacteriologisch untersucht und als keimfrei befunden. Der B'sche Filter filtrirt 2 mal so schnell, wie der Chamberlandsche und verliert nicht so leicht seine Durchgängigkeit. Als bestes Reinigungsmittel für Filter wird eine 2 pCt. Sodalösung empfohlen. Genaue Beschreibung des Apparates.

N. Taganzew: Zur Frage über das ärztliche Berufsgeheimniss. (Nr. 10.)

N. Popow: Ueber die Uebertragung der Choleraimmunität durch die Milch einer geimpften Kuh. (Nr. 10).

Vorl. Mittheilung.

Angeregt durch die Arbeiten von Klemperer und Krebscher injicirte Verf. 10—65 Cbcm. Cholerabouillonlösung in die Bauchhöhle einer Kuh, welche mit Nahrungsverweigerung, hoher Temperatur und Gewichtsabnahme reagirte. Unter Beobachtung nothwendiger Cautelen wurde die Milch einer auf diese Weise geimpften Kuh dem Euter derselben direct entnommen und 2—10 Cbcm. in die Bauchhöhle von Meerschweinchen injicirt. Sofort nach einer solchen Injection, dann nach 8 Stunden, schliesslich nach Ablauf von 24 Stunden wurde den Versuchsthieren reine Choleracultur einverleibt; die erste Reihe der Versuchsthiere starb gleichzeitig mit den Controllthieren, die zweite erkrankte, genas aber meist, die dritte war vollkommen immun, d. h. Quantitäten, welche Controllthiere in 8 Stunden tödteten, riefen bei diesen nicht die mindesten Erscheinungen hervor. Versuche mit Serum statt Milch zeigte das gleiche Verhältniss. Wurde die Milch vor der Injection ausgekocht, so trat keine Immunität ein.

I. Kolokolnikow, N. Besrodnow und W. Popow: Zur Frage über den Einfluss künstlicher Sandbäder auf die Körpertemperatur. Hauttemperatur, Puls, Blutdruck, Athmung, Lungencapacität, Muskelkraft, Sensibilität, Körpergewicht, Verluste durch Haut und Lunge, Stoffwechsel des Wassers, Stoffwechsel und Assimilation des N., Assimilation des Fettes in der Nahrung bei gesunden Menschen. (Nr. 11.)

Vorläufige Mittheilung.

Gleich nach dem Bade findet man: Verlust an Körpergewicht, Erhöhung der Körper- und Hauttemperatur, Frequenz es Pulses und der Athemzüge erhöht. Die übrigen Verhältisse sind geprüft, wie sie sich vor, während und nach dem lade zeigen.

V. Wolkow und W. Stadnitzky: Zur Frage über den Einfluss des Jodkali auf die Assimilation des Stickstoffes und der Fette in der Nahrung, Stoffwechsel des N. und die Schwankungen des neutralen Schwefels im Harn bei gesunden Menschen. (Nr. 11).

Vorläufige Mittheilung.

Es wurde festgestellt, dass die Assimilation N-haltiger Stoffe rabgesetzt, der N-Stoffwechsel erhöht wird, die Oxydationsocesse sinken, der Zerfall des Organeiweisses erhöht ist, das örpergewicht fällt, die Harnmenge zunimmt und die Assimiion der Fette in der Nahrung verringert ist.

. Menschow: Ueber die Assimilation der Fette in der Nahrung im Greisenalter. (Nr. 11.)

Die Assimilation von Fetten geht im Greisenalter ebenso sich, wie bei Leuten in blühender Alterstufe: bei zunehnder Fettzufuhr steigt der Procentgehalt der Assimilation Fette.

A. Passalsky und W. Chruszewitsch: Zur Frage über den Einfluss des doppelkohlensauren Natrons (5 Grm. in 24 St.) auf die Assimilation des N. und des Fettes, den Stoffwechsel des N. und die Menge neutralen Schwefels im Harn gesunder Menschen. (Nr. 11.)

Vorl. Mittheilung.

Die Assimilation des N., die Menge des neutralen Schwefels im Harn bleiben unbeeinflusst, der N.-Stoffwechsel wird nicht erheblich erhöht, die Producte der unvollkommenen Oxydation werden in etwas reichlicherer Menge ausgeschieden. Auf die Fettresorption ist die Zufuhr von 5 Grm. doppelkohlensauren Natrons von keinem erheblichen Einfluss.

F. Argentow: «Zur Frage über den Einfluss heisser römischer Luftbäder auf das Körpergewicht, den Verlust durch Haut und Lungen, die Körpertemperatur, die Athmung den Puls, den Arteriendruck, die vitale Capacität der Lungen, die Energie der In- und Exspiration, die Muskelkraft und die Sensibilität bei gesunden Menschen. (Nr. 11).

Vorläufige Mittheilung.

Eine ganaue Prüfung der Verhältnisse vor, während und nach dem Bade.

G. Chlopin: Zur Frage über die Bedeutung der Oxydationsfähigkeit, des Maassstabes der Veränderlichkeit des Sauerstoffes und der Menge der Bakterien für die sanitäre Beurtheilung des Wassers. (Nr. 12).

Als zuverlässigstes Merkmal der Verunreinigung des Wassers gilt die Anzahl der darin befindlichen Bacterien. Die Bestimmung der Veränderlichkeit des Sauerstoffgehaltes kann lange nicht immer und sicher als Maassstab dienen. Am zuverlässigsten ist die bekannte Hypermangan-Probe.

J. Mejerowitsch: Zur Frage über die Behandlung der asiatischen Cholera durch Laparotomien. (Nr. 12).

In Hinblick auf die Fruchtlosigkeit der inneren Therapie bei der Cholera und den zweifelhaften Nutzen der hohen Injectionen nach Cantani, welche nach Ansicht der Verfassers nicht nachgewiesener Maassen bis zur Bauhinscher Klappe reichen, erwog M., ein Arzt in Ekaterinograd, die in Betracht kommenden Möglichkeiten den Darmcanal direct mit Desinficientien in Berührung zu bringen. An der Leiche machte er nach Einführung der Schlundsonde in den Magen die Laparotomie, führte unter Controlle des Fingers die Sonde in das Duodenum und liess nun die Spülflüssigkeit durch den Darm rieseln. Die Methode schien Verf. nicht geeignet für die praktische Ausführung. Daher versuchte er gleichfalls an der Leiche nach vorheriger Eröffnung der Bauchhöhle einen Troicart in den Darm einzustechen und die desinficirende Flüssigkeit durch den Troicart in den Darm laufen zu lassen; das Loch in der Darmwand wurde vernäht. Schliesslich führte Verf. die Operation nach Lambotte aus, d. h. er legte 2 Oeffnungen im Darm an, durch welche man eine continuirliche Durchspülung machen kann. Nach letzter Methode führte M. an Lebenden drei Laporotomien aus, welche alle tödtlich abliefen, ein Fall lebte 22 Tage nach der Operation ging aber an Septico-Pyaemie zu Grunde, nachdem decubitus und eine suppurative parotitis eingetreten waren. Verf. bedauert trotz des traurigen Ausganges keineswegs sein Unternehmen und würde im gegebenen Fall wieder operativ vorgehen, indem er die Darmwand nahe dem Duodenum und nahe dem Blinddarm in die Bauchwand einzunähen und das Darmrohr gründlich durchzuspülen beabsichtigt.

P. Kandidow: Zur Frage über die Ausscheidung per rectum eingeführter therapeutischer Mittel durch die Schleimhaut des Magens und durch den Harn. (Nr. 13).

Vorläufige Mittheilung.

Jod- und Bromkali, Chin. mur., Natron salicyl., Antipyrin und Arsen werden per rectum eingeführt, durch die Magenschleimhaut und die Nieren ausgeschieden und zwar beginnt die Ausscheidung nach einer ¼—½ Stunde (mit Ausnahme des Chinins). Tannin kann weder im Magensaft noch im Harn nachgewiesen werden.

N. Fenomenow: 66 Laparotomien (3. Serie). (Nr. 9, 10, 11, 12 und 13).

134 Laparotomien sind früher publicirt. Unter den 66 Laparotomien wurden ausgeführt: Ovariotomien 40 (darunter 19

doppelseitige und 21 einseitige). Entfernung der Adnexa 4 (darunter ein Mal wegen multipler Myome) Myomotomien 5, wegen Extrauteringravidität 5, Amputation eines graviden Uterushornes bei uterus bicornis 1, Kaiserschnitt mit Castration 1, Ventrofixationen des Uterus 5, Exstirpation des Uterus und der Adnexa 1, Entfernung einer intraligamentären Cyste 1, hernia der linea alba 1, wiederholte Laparotomie 1, Probe-Laparotomie 1. Nach der Art der Erkrankung gruppirten sich die Fälle folgendermaassen: Ovarialcysten 33 (darunter 2 carcinomatös degenerirte und ein inoperables Papillom), Dermoidcysten 3. intraligamentär entwickelte Cysten 5, Erkrankungen der Adnexa 4. Myome 6 (darunter intramurale 5 und subseröse 1; in 2 Fällen neben Schwangerschaft) Extrauteringravidität 5, Schwangerschaft in einem Horn des Uterus bicornis 1. prolapsus uteri 5. Tuberculose der Ovarien und des Bauchfelles 1, hernia linea alba 1, Sarcoma uteri et ovar. 1. Vereiterung einer Cyste 1.

Von den Operirten starben in längerem oder kürzerem Zeitraum 7. 2 letale Fälle standen in directem Zusammenhang mit dem primären Leiden: ein Fall von Tuberculose des Ovar. und des Periton und ein Fall von Cystocarcinom, welche nach 2 Monaten resp. mehreren Wochen starben. In den übrigen 5 Fällen trat der Tod in kürzerer Zeit ein: nach Exstirpation des Uterus und der Adnexa wegen Sarcom beider nach 2 Tagen, nach dem Kaiserschnitt an einer Gebärenden, die vor Eintritt in die Klinik inficirt war, nach einer Ovariotomie bei einer vereiterten Dermoidcyste welche durch einen Fistelgang 8 Monate eiterte, 2 Ovariotomien an eitriger Peritonitis. Verf. giebt an. dass eine in einem frühen Stadium geplatzte Extrauteringravidität bei expectativer Behandlung sehr wohl heilen kann, dagegen müssen Fälle, wo die Fruchtsäcke im einem vorgerückten Stadium platzen, operativ behandelt werden.

Lingen.

Medicinskoje Obosrenje. № 6—10.

M. Mironow: Ueber Symphyseotomie. (№ 6).

Die Operation ist in neuerer Zeit besonders von Pinard warm empfohlen worden; derselbe gab auch eine besondere Operationsmethode an. Verf. meint, dass die Symphyseotomie in vielen Fällen den Kaiserschnitt völlig ersetzen könne, dabei sei immer die Möglichkeit vorhanden, sowohl Mutter, als auch Kind zu retten; häufig werde es möglich sein die künstliche Frühgeburt zu umgehen. Die Operation ist sehr einfach, erfordert keine grosse Assistenz.

Eliasberg: Ueber das unstillbare Erbrechen Schwangerer. Nichts neues. (№ 6).

W. Sserbski: Ueber «Delire des Négations». (№ 6).

Ausführlicher Krankenbericht mit Literaturangaben.

E. Remesow: Ein Fall von Lichen ruber. (№ 6).

Verf. giebt eine ausführliche Beschreibung dieser seltenen Hautaffection, die er bei einem 21 jährigen Soldaten beobachtet hat. Gleichzeitig bestanden Störungen der motorischen und sensiblen Sphäre (Symptome von Paramyoclonus, paresen, Steigerung der Patellarefiexe, Hyperaesthesie). Verf. glaubt den Lichen ruber zu denjenigen Hautaffectionen rechnen zu müssen, die wie Psoriasis, Ichthyosis, Prurigo auf Störungen der trophischen Hautnervencentren beruhen (nach Polotebnow).

Miljanitsch: Die Lepra in Montenegro. (Nr. 6).

Verf. hat 7 Fälle von Lepra in der Umgegend von Zetinje beobachtet. Er giebt eine ausführliche Beschreibung einiger Fälle, auf Grund derer er die Ansicht vertritt, dass diese Krankheit nicht ansteckend sei.

W. Korssakow: Moorbäder bei Erkrankungen des Nervensystems. (№ 6).

Verf. hat in dem Moorbad Sakki (Krim) verschiedene Nervenkrankheiten mit sehr gutem Erfolge behandelt. Er erzielte Heilungen bei veralteten Fällen von Ischias, Neuralgieen, Neuritiden. Weniger erfolgreich war die Behandlung der Affectionen des Central-Nervensystems. K. hält die Moorbäder-Behandlung indicirt in allen Fällen von Erkrankungen des peripheren Nervensystems, die auf Erkältung, Trauma, Infection (Malaria, Syphilis) beruhen.

W. Erlanger: Ein Fall von hypertrophischer Lebercirrhose. (№ 7).

M. Strisower: Leberhypertrophie nach Malaria. geheilt mittels Arsenik-Injectionen. (№ 7).

Verf. erzielte vollständige Heilung durch Injectionen von Fowler'scher Solution (2—12 Tropfen 2 mal wöchentlich).

Ssemidalow: Ueber Lathyrismus. № 8.

Bekanntlich versteht man unter diesem Namen einen Symptomencomplex, der sich in Folge von häufigem Gebrauch der Leguminose-Lathyrus (cicera, sativus, clymenum) entwickelt und besonders in verschiedenen Ländern Westeuropa's und Amerika's zuweilen sogar endemisch zur Beobachtung gelangt. In Russland sind Vergiftungen mit Lathyrus bisher nicht beschrieben worden. Verf. theilt einige Krankengeschichten mit und giebt eine Zusammenstellung der im Gouvernement Saratow beobachteten 27 Fälle. Im Ganzen hat die Krankheit sehr viel Aehnlichkeit mit der Tabes spasmodica (Charcot). Verf. glaubt, dass es sich um eine symmetrische Erkrankung des Rückenmarks oberhalb der Lumbalanschwellung handele. den Character der Erkrankung sollen die demnächst vom Verf. vorzunehmenden experimentellen Untersuchungen aufdecken.

B. Koslowski: Paralyse des Nervus accessorius bedingt durch ein Abscess in der Clavicularregion. (№ 8).

Ssperanski: Ein Fall von Laesion des Nervensystems bei chronischer Urethritis. (№ 8).

Im Anschlusse an einen chronischen Tripper trat eine ganze Reihe von Symptomen auf, die auf eine Erkrankung des Nervensystems hindeuteten: Neuralgien, verschiedene Formen der Anaesthesie und Paraesthesie. Steigerung der Patellarreflexe. Zittern in den Beinen, Störungen der Blasenfunction, Atrophie der Muskulatur der rechten Schulter. Solche Fälle sind neuerdings von Charcot und vielen anderen Autoren beschrieben worden.

S. Trivuss: Zur Diagnostik des rechten subphrenischen Abscesses. (№ 8).

Der vom Verf. beschriebene Fall von subphrenischem Abscess bietet insofern Interesse, als die differentielle Diagnose zwischen dieser Erkrankung und der exsudativen Pleuritis erschwert war: es bestand eine Verdrängung des Herzens nach links, was häufiger durch ein rechtsseitiges pleuritisches Exsudat verursacht wird; eine Herabdrängung der Leber nach unten fehlte; doch constatirte Verf., dass zwischen der Herzdämpfung und der fraglichen Dämpfung rechts eine Zone normalen Schalles vorhanden war, ebenso bestand eine Zone hellen Percussionschalles an der Wirbelsäule. Die Diagnose bestätigte sich bei der Operation.

A. Ssawostjanow: Ein Fall von Leber-Lungen-Fistel. (№ 8).

Bei einem 38 jährigen Patienten, der offenbar an einem Leberabscess lange Zeit gelitten hatte, trat heftiger Husten ein. Im Auswurf fand Verf. massenhaft Gallenfarbstoff.

M. Ginsburg: 69 Zangengeburten in der Privatpraxis (№ 9).

Casuistische Beiträge.

I. Ljwow: Kaiserschnitt nach Porro bei osteomalacischem Becken mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind (№ 9).

Es bestand ein absolnt enges Becken. Dist. troch. 24,0; dist. cryst. 25,0; dist. spinos. 24,0. Conjug. ext. 17,5. Conj. diag. [illegible] Dist. tuber. ischii 3,5 cm. Die Operatian verlief günstig. Interessant war, dass am 22. Tage nach der Operation die Bauchwunde auseinander ging, und das Colon transversum und einige Dünndarmschlingen vorfielen. Solche Zufälle können nach Verf. nur bei schwachen, in der Ernährung stark herabgekommenen Frauen eintreten, und von vorneherein soll man in solchen Fällen tiefe Nähte anlegen.

I. Nedorodow: Ein Fall von acuter exsudativer Beckenperitonitis geheilt, mittels Electricität. (№ 9).

Es kamen verschiedene Methoden zur Anwendung: Galvanisation der Bauchdecken, Faradisation der vagina und Bauchdecken, Galvanisation der vagina. Resultate sehr günstig.

Berestnew: Zur Lehre von der Leukaemie. (№ 9).

Verf. hat einen Fall von Leukaemie längere Zeit [illegible] und verschiedene Blutuntersuchungen angestellt. Im [illegible] fanden sich ganz charakteristische Bacterien, deren Bedeutung für die Entwicklung dieser Krankheit Verf. zwar nicht [illegible] stellen konnte, jedoch in Anbetracht bereits mehrfach [illegible]cirter Befunde, nicht ganz ausser Acht gelassen werden [illegible]

L. Besser: Bacteriologische Untersuchung eines Falles von Variola vera. (№ 9).

Verf. hat zunächst ein frisches Knötchen bei einem Patienten mit beginnenden Pocken ausgeschnitten und dasselbe auf verschiedene Medien verimpft. Ausserdem wurden auch Trockenpräparate gemacht. Er fand Bacillen mit abgerundeten Enden, von der Länge 1 μ und Breite ¼ μ. B. ist der Meinung, dass diese Bacillen in aetiologischer Beziehung zum Pockenprocess stehen. Zur Characteristik der Bacillen dienen folgende Eigenschaften derselben: langsames Wachsthum im Thermostat. Fehlen des Wachsthums bei Zimmertemperatur, Klebrigkeit der Culturen, palissadenförmige Anordnung.

Ssawostjanow: Ein Fall von eitriger Hepatitis nach Appendicitis bei einem Kinde. (№ 10).

Abelmann.

Bolnitschnaja Gasetta Botkina № 1—17.

N. Ssokolow: Ueber die Choleraepidemie 1892, nach Beobachtungen am Stadt-Barackenhospital. № 1 und 2.

Vom 22. Juli bis zum 1. December wurden im Hospital 944 Cholerakranke behandelt: unter diesen waren sehr schwere, leichtere und ganz leichte Fälle. Die Mortalität war 20,7 pCt. Als Besonderheit im Verlaufe der schweren Fälle hebt Verf. hervor, dass die charakteristischen Choleratyphoide mit hohem Fieber, Besinnungslosigkeit, Delirien gar nicht beobachtet wurden; wohl aber wurde häufig Temperatursteigerung in den leichten Fällen beobachtet. S. schildert die bekannten pathologo-anatomischen Befunde und die therapeutischen Maassnahmen. Von den subcutanen Kochsalzinfusionen konnte man keine günstigen Resultate constatiren; dagegen bewährten sich in vielen Fällen die hohen Taninclysmen und heisse Bäder. In leichten Fällen bewährten sich Calomel, Salol mit Wismuth und auch die bekannten Botkin'schen Tropfen (Tinct. chin. comp., Spirit. anodyn. Hoffm. āā 15,0; Chinini muriatic. 4,0; Acidi muriatici diluti 2,0; Tinct. opii simpl. 4,0; Ol. menth. pip. gtt X; S. 2 Stündlich 15 Tropfen). Verf. giebt in seinem Vortrage einige Regeln zur Desinfection der Wäsche, der Abtritte etc. an.

M. Wolkowitsch: Ueber den Nutzen des Salols bei Choleradiarrhoe. № 1 und 2.

Verf. hat sehr gute Resultate mit grossen Saloldosen bei der Choleradiarrhoe erzielt. Pro die wurden 8—10 g. Salol verbraucht.

A. Trojanow: Ein Fall von Gangraen des Blinddarms im Bruchsack mit Ausgang in Anus praeternaturalis. № 3 und 4.

G. Durduffi: Die Pathogenese der Basedowschen Krankheit. № 3 und 4.

Zusammenstellung der verschiedenen Ansichten über die Pathogenese dieser Erkrankung. Verf. ist der Ansicht, dass die sog. idiopathische Form der Basedow'schen Krankheit auf Intoxication beruhe, und zwar scheint die betreffende toxische Substanz in ihrer Wirkung sehr viel Analogieen mit dem Coca zu haben.

Borchow: Zur Frage der Desinfection der Choleradejectionen. № 4.

Auf Grund experimenteller Untersuchungen spricht sich B. für die Desinfection mit Schwefel-Carbolsäurelösung aus.

M. Wolkow: Ueber die Eigenschaften der Bacteriengifte. № 5 u. 6. Antrittsrede.

R. Butz: Ueber Gastroenterostomie vermittelst Kohlenrübenplatten. № 6 und 7.

Siehe St. Petersburger medic. Wochenschrift № 20.

W. Podanowski: Ueber Typhus-Recidive. Nr. 7—12.

Verf. hat an einem sehr grossen Material (Beobachtungen am Hospital des heilig. Georgius) die Frage der Typhusrecidive bearbeitet. Auf Grund der zahlreichen Beobachtungen (1559 Fälle) gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Es giebt eine typische und eine atypische Form der Recidive, die streng auseinander gehalten werden können. 2) Recidive entstehen in Folge der Einwirkung desselben Giftes, welches die primäre Erkrankung bedingt; eine erneuerte Infection ist nicht anzunehmen. 3) Sie sind nicht häufig und kommen gewöhnlich in den Herbst- und Wintermonaten zur Beobachtung. 4) Geschlecht und Alter haben keinen Einfluss auf die Häufigkeit der Recidive. 5) Die typischen Formen kommen häufig nach leichten Typhusfällen zur Beobachtung, die atypischen Formen gewöhnlich nach Schweren. 6) Die Häufigkeit der Recidive hängt nicht vom Charakter und Schwere der Epidemie ab. 7) Wohl aber können die Art der Behandlung und die äusseren Verhältnisse, in welchen sich der Patient befindet, von Einwirkung sein. Bei richtigem Regime und indifferenter Behandlung ist die Häufigkeit der Recidive eine ganz minimale. 8) Je länger der primäre Anfall und die Apyrexie dauern, um so kürzer ist die Dauer der Recidive.

A. Kornilow: Ueber traumatische Neurose. Nr. 8—12.

Bei einem von Blitz getroffenen Arbeiter constatirte K. Paralyse und Contractur der unteren Extremitäten, vollständige Anaesthesie der linken Seite, Aphasie, heftige Schmerzen im Kreuz um in der linken anaesthetischen oberen Extremität. Spuren des Blitzschlages waren am Körper nicht zu constatiren.

S. Passadski: Apparat zur Desinfection der Choleradejectionen. Nr. 9.

A. Luntz: Ein Fall von Friedreich'scher Krankheit. Nr. 10.

A. Trojanow: Ein Fall von Adeno-Carcinom des Blinddarms. Nr. 11.

Casuistische Beiträge.

E. Golowin: Ueber die Behandlung der Cholelithiasis. Nr. 14.

Nichts neues.

Tschistowitsch: Ueber die neue Theorie der Osteomalacie. (Dr. Petrone). Morphologische Blutveränderungen bei einer Osteomalacischen Frau. Nr. 15 und 16.

Petrone erklärt die Osteomalacie als eine Infectionskrankheit bedingt durch einen ganz specifischen, von ihm entdeckten Mikroben; durch die Lebensthätigkeit dieser entwickelt sich Salpetersäure, welche dann die mineralischen Bestandtheile der Knochen auflöst. Verf. hat die von Petrone angegebenen Befunde in einem Falle nachgeprüft, die Resultate waren aber negativ. Im Urin der Patientin wurde zwar Salpetersäure gefunden, doch konnte T. dieselbe Reaction auch im Urin von Pneumonie-Kranken nachweisen. Verf. hat sein Augenmerk namentlich auf den Blutbefund gerichtet; fand aber nicht eine Vermehrung der eosinophilen Zellen (Neusser), sondern der Lymphocythen. Das Blut wurde bei der Patientin im Laufe eines ganzen Jahres untersucht. Näheres ist im Original nachzulesen.

M. Jakowlew: Ueber 15 Fälle von hohem Blasenschnitt. Nr. 16 und 17.

Abelmann.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej. Januar — April 1893. Nr. 1—4.

W. N. Massen: «Zur Pathogenese des Eclampsie». (1).

Als Einleitung in Kürze die hauptsächlichsten in der Literatur verzeichneten Theorien über die Eclampsie anführend, hebt Verf. hervor, dass alle Theorien sich auf 3 Haupttypen zurückführen lassen, nämlich den uraemischen, den nervösen und den parasitären. Kann mit Hilfe dieser Theorien auch manches Symptom der Ecl. erklärt werden, so sind dieselben jedoch nicht ausreichend, um alle Lücken in der Pathogenese dieser Krankheit auszufüllen.

An experimentellen Arbeiten über beschränkte Thätigkeit der Leber theilnehmend kam Verf. auf die Idee, ob nicht vielleicht die Leber bei der Erzeugung eklamptischer Anfälle eine Rolle spiele. Dieser Gedanke wurde nahegelegt, weil die Carbaminsäure, welche im Organismus der Thiere mit künstlich hervorgerufener beschränkter Leberthätigkeit, aufzutreten

pflegt, eine ganze Reihe von Symptomen hervorruft, welche den Anfällen bei Eclampsie sehr ähnlich sind. Bei genauerer Durchsicht der Literatur fand M. auch zahlreiche Hinweise darauf, dass bei der Eclampsie sowohl die Leber, als auch andere parenchymatöse Organe in Mitleidenschaft gezogen werden.

Mikroskopische Untersuchungen welche Verf. an den Organen an Eclampsie gestorbener Frauen (11) ausführte erwiesen, dass in den Nieren, der Leber und theilweise auch im Herzen, im Uterus und in den Tuben ein acut-entzündlicher Zustand besteht, welcher in den Nieren den Charakter nekrotischer Veränderungen der epithelialen Elemente annimmt; in der Leber konnte M. das Auftreten von Defecten des Gewebes beobachten, welches durch neu gebildete Elemente ersetzt wurde. Die Ursache der Eclampsie kann demnach keine locale sein und muss nach Ansicht des Verf.'s irgend ein allgemeines Moment angenommen werden, ein Agens welcher in den Kreislauf gelangend, sich im ganzen Organismus vertheilt.

Eine ausführliche Analyse des Harnes Eclamptischer ergab, dass bei der Eclampsie die Oxydationsvorgänge im Organismus bedeutend gesteigert sind.

In Anbetracht der bedeutenden Rolle welche die Leber bei den Oxydationsprocessen spielt, glaubt Verf. auch in derselben den Schlüssel zur Erklärung der Eclampsie suchen zu müssen. Es ist denkbar, dass die Leber in Folge pathologischer Zustände den Organismus nicht mehr vor einer Selbstinfection mit verschiedenen Stoffen schützen kann welche als Folgezustände sowohl der Lebensthätigkeit unserer Zellen, als auch chemischer Processe der Verdauung aufzufassen sind. Unter solchen Verhältnissen kann z. B. die Carbaminsäure, welche aus den Eiweisstoffen der Nahrung gebildet wird, an Quantität zunehmen und eine Intoxication des Organismus verursachen.

Mit noch grösserer Wahrscheinlichkeit können ferner die Leukomaine (welche im Harne Eclamptischer in 6 Mal grösserer Menge als bei Gesunden gefunden werden) als Beweis für eine Intoxication des Organismus mit Producten der Zellenthätigkeit angenommen werden. In gewissem Sinne könnte man die Eclampsie dann als Leukomainaemie bezeichnen.

Weitere Schlüsse erlaubt sich Verf. aus den 2 ausgeführten Harnanalysen nicht zu ziehen, ist jedoch der Meinung, dass das Wesen der Pathogenese der Eclampsie in Herabsetzung der normalen Oxydationsfähigkeit des Organismus besteht, als deren Resultat einige giftige Substanzen (nicht oxydirte Producte der Lebensthätigkeit der Zellen) aufzufassen sind.

J. M. Lwow: «Ueber den Einfluss des Typhus exanthematicus auf den Verlauf der Schwangerschaft und auf den Foetus». (1).

Kaminski, Runge und Andere haben schon darauf hingewiesen, dass eine Steigerung der Körpertemperatur der Mutter über 40° Gefahren für das Leben des Kindes involviren und eine Unterbrechung der Schwangerschaft herbeizuführen im Stande sind. Letztere soll hervorgerufen werden 1) dadurch, dass die hohe Temperatur als Reiz auf die Muskulatur der Gebärmutter wirkt und dieselbe zu stärkeren Contractionen anregt 2) wird durch Absterben des Foetus die Geburt eingeleitet 3) können in frühen Stadien der Schwangerschaft Blutergüsse in die Eihäute als Ursache des eintretenden Abortes angesehen werden.

Die vom Verf. bei Typhus exanthematicus während der Schwangerschaft (84 Fälle) gemachten Beobachtungen bestätigen, dass der Typhus exanthem., ebenso wie andere fieberhafte Erkrankungen der Mutter, nicht selten zu Unterbrechung der Schwangerschaft führt; letztere tritt häufiger in der 1. als in der 2. Hälfte der Schwangerschaft ein.

Als Ursachen des Abortes in der 1. Hälfte der Schwangerschaft wurden Haemorrhagien in die Eihäute, oder Endometritis decidualis haemorrhagica festgestellt. In der 2. Hälfte der Gravidität hing die Unterbrechung der Schwangerschaft ausschliesslich von der Wirkung der hohen Temperaturen auf die Uterusmuskulatur ab. Fruchttod wurde kein einziges Mal als Ursache beobachtet, desgleichen hing die Unterbrechung der Schwangerschaft nicht von einer Unterbrechung des uteroplacentaren Kreislaufes ab.

Es scheint somit, dass der Typhus exanthem. nur durch die hohe Temperatur die Frucht beeinflusst (Beschleunigung der kindlichen Herztöne, lebhaftere Kindsbewegungen). Der Uebergang von Infectionserregern von der Mutter auf das Kind konnte in keinem der Fälle festgestellt werden.

Auf den Verlauf des Typhus schien ein stattgefundener Abort resp. Geburt ohne wesentlichen Einfluss zu sein; auch konnte ein höherer Mortalitätsprocent des Typhus im Puerperium nicht beobachtet werden.

D. A. Rusi: «Zur pathologischen Anatomie der weiblichen Genitalien bei der Cholera». (1).

Die vom Verf. an 16 Leichen von an Cholera verstorbenen nicht schwangeren Frauen vorgenommenen Untersuchungen der Geschlechtsorgane ergaben bei makroskopischer Besichtigung: Fast in allen Fällen bedeutende Hyperämie des serösen Ueberzuges. Im cavum uteri häufig theils flüssiges, theils coagulirtes Blut. Mucosa geschwellt, saftereich, uneben und dunkelroth verfärbt. Auf der Oberfläche derselben sind bei genauerer Betrachtung kleine Haemorrhagien von Stecknadelkopf bis Erbsengrösse nachweisbar. Die Schleimhaut der Tuben gleichfalls von dunkelrother Farbe, das cavum der Eileiter in einigen Fällen erweitert; aus dem abdominalen Ende lässt sich in solchen Fällen auf Druck eine blutige Flüssigkeit entleeren. Ovarien durchweg stark vergrössert, auf Durchschnitten von gesättigt rother Färbung, enthalten häufig Hohlräume von Erbsen bis Hühnereigrösse, welche theils mit flüssigem, theils mit geronnenem Blute erfüllt sind.

Mikroskopischer Befund: Uterus-Gefässe der Mucosa und Muskularis sehr erweitert, mit Blut angefüllt. Die Capillaren der Mucosa bilden in Folge dessen ein deutlich sichtbares Netzwerk mit relief hervortretenden Kernen der Endothelien. Im intergland ulären Gewebe zahlreiche Blutaustritte von verschiedener Form und Grösse. Aehnliche Blutextravasate auch zwischen Mucosa und Muskularis vorhanden, wodurch beide Gewebsschichten zuweilen von einander losgelöst werden. In der Umgebung der Gefässe zuweilen kleinzellige Infiltration. Das Oberflächenepithel fehlt meist, das unter demselben gelegene Gewebe stellenweise reichlich mit lymphoiden Elementen infiltrirt; die des Epithels beraubte Oberfläche mit Blutgerinnseln bedeckt, welche ein Netzwerk von Fibrin darstellen, in dessen Maschen sich theils veränderte, theils unveränderte rothe Blutkörperchen finden. Epithel der Drüsen geschwellt, mit feinkörnigem, den Farbstoff schlecht annehmenden Kerne. Konturen der einzelnen Zellen verschwommen. Das Lumen der Drüsen zuweilen durch feinkörnige Massen verlegt, welche cylindrische Epithelien oder rothe Blutkörperchen einschliessen. Die Anzahl der Drüsen ist stets eine geringe, was zum Theil durch Zerstörung derselben in Folge von Haemorrhagien zu erklären ist.

Die Tuben bieten ein ähnliches mikroskopisches Bild. Erweiterte Gefässe, Blutaustritte in der Mucosa und Muskularis Quellung und theilweiser Zerfall der Epithelien in feinkörnigen Massen. Kleinzellige Infiltration in der Umgebung der Gefässe wird hier weniger häufig angetroffen.

Ovarien. Die Hyperaemie und die Haemorrhagien nehmen in einigen Präparaten solche Dimensionen an, wie solche selbst in der Gebärmutter nicht angetroffen wurden. Nach Zerstörung des Grundgewebes bilden die Blutextravasate Höhlen von verschiedener Grösse. Der Inhalt derselben wird von einem Fibrinnetze gebildet, welches unveränderte rothe Blutkörperchen einschliesst; zur Peripherie hin verflechten sich die einzelnen Fasern desselben so fest mit einander, dass sie den Eindruck einer Membran hervorrufen welche die Innenfläche der Höhle auskleidet. Ausserdem findet sich in sehr ausgesprochenem Maasse eine klein-cystische Degeneration der Graaf'schen Follikel und der corpora fibrosa, welche Erscheinungen jedoch nicht specifisch für Cholera zu sein scheinen.

Bakteriologische Untersuchungen wurden nur in einem kleinen Theil der Fälle ausgeführt, wobei in der Mucosa kurze dicke Stäbchen und verschiedene Kokkenarten gefunden wurden, welche entweder in den Blutextravasaten, oder zwischen den Zellen des adenoiden Gewebes lagen. Koch'sche Bacillen konnten in keinem Falle nachgewiesen werden.

A. J. Krassowsky: «Ein Fall von Symphyseotomie». (Nr. 1).

(Kasuistischer Beitrag).

II. para (erste Geburt mit Perforation und Kraniotomie beendet) rhachitischer Habitus.

Conj. extern. 15,0; Conj. diagonal. 9,0; Conj. vera 7,5; I. Hinterhauptslage, protrahirter Geburtsverlauf, Kopf beweglich im Beckeneingang. Symphyseotomie. Entwickelung eines lebenden Mädchens mit der Zange, wobei ein Klaffen der oss. innominata auf 6,5 beobachtet wurde. Stillung der beträchtlichen Blutung aus den corp. cavernosa durch Umstechung. Nährung der Symphysenenden bis auf 1,0; Vereinigung der Wunde durch 5 Seidennähte; Fixation des Beckens durch weiche Marbinden. Am 9. Tage war die Wunde per primam geheilt; am 20. Tage p. op. verliess Pat. das Bett. Eine mässige Beweglichkeit der Symphyse war noch vorhanden.

A. N. Solowjew: «Zur Lehre von den wiederholten Laparotomien», (Nr. 1).

(Kasuistischer Beitrag).

W. A. Brshesinski: «Kurzer medicinischer Bericht über die Thätigkeit der geburtshilflichen Abtheilung der gynäkologischen Klinik Prof. N W. Jastrebow an der Kaiserlichen Universität zu Warschau. pro 1888—1890». (Nr. 2).

M. A. Woskressenski: «Ansammlung von Flüssigkeit in der Tube bei Unterbindung derselben». (Nr. 2).

Verf. hat an 48 Thieren (Kaninchen und Katzen) seine Untersuchungen über Hydrosalpinx fortgesetzt. In diesen Fällen wurde die Tube an 2 Stellen, im abdominalen und im uterinen Abschnitte unterbunden. Nach Tödtung der Thiere in den ersten Tagen nach der Operation erwies es sich, dass die Ansammlung von Flüssigkeit am stärksten ausgesprochen war in denjenigen Fällen, in welchen die Tube an 2 Stellen unterbunden wurde, geringer in den nur im abdominalen Ende unterbundenen Tuben. In den Fällen wo die Tube an der Uebergangsstelle derselben in das Horn der Gebärmutter unterbunden war liess sich keine Ansammlung von Flüssigkeit nachweisen. Mikroskopisch wurde bei der so erzeugten Hydrosalpinx in frühem Stadium, eine Abflachung der Falten, Erweiterung der venösen Gefässe und vermehrte Schleimabsonderung durch die cylindrischen Epithelzellen der Tubenschleimhaut konstatirt.

G. Nadeshdin: «Ein Fall von Torsion des Stieles einer Cyste des breiten Mutterbandes mit Verlagerung der Geschwulst in die entgegengesetzte Seite des Beckens und Fixation derselben an letztgenannter Stelle». (Nr. 2).

(Kasuistischer Beitrag).

Sehr ausführliche Beschreibung eines Falles in welchem es zu genannten Erscheinungen gekommen war. Pat. wurde durch Laparotomie geheilt. Epikritische Bemerkungen über Stieltorsion.

A. J. Iwanow: «Zur Technik des konservativen Kaiserschnittes». (Nr. 3).

J. macht darauf aufmerksam, dass für den Kaiserschnitt noch kein bestimmter Typus der Gebärmutternaht festgestellt ist. Die einfachste, in Folge dessen auch schnell anlegbare Naht durch welche ausserdem eine möglichst vollständige Adoption der Schnittflächen der Uteruswand erzielt wird, muss als das zweckmässigste Verfahren bezeichnet werden. Diesen Anforderungen entspricht nach Meinung des Verf. eine Nahtmethode welche Prof. Tolotshinow in 2 Fällen angewandt hat. Es ist eine 2 etagige Naht: 1) eine tiefe peritoneo-muskuläre und 2) eine oberflächliche sero-seröse.

Was die Anwendung des elastischen Schlauches anbetrifft, so ist J. auf Grund seiner Beobachtungen und gestützt auf die Untersuchungen Stoljpinski's der Meinung, dass es am zweckmässigsten ist, wenn nach Hervorwälzung der schwangeren Gebärmutter um das untere Segment derselben ein elastischer Schlauch gelegt wird, welchen man jedoch nicht gleich zuschnürt; ein Assistent umgreift mit den Händen den unteren Abschnitt der Gebärmutter und comprimirt denselben so lange, bis der Schnitt geführt und das Kind entwickelt ist; erst nach Entleerung des Uterus tritt an Stelle der Hände die Kompression vermittelst des zugeschnürten Schlauches.

Verfasser ist ferner der Ansicht, dass wenn die Gebärende nicht inficirt, mithin die Gebärmutterhöhle aseptisch ist, keinerlei desinficirende Maassnahmen erforderlich sind; ist jedoch Verdacht auf Infection vorhanden, so muss eine Desinfection durch Auswischen der Höhle mit 4 pCt. Karbolsäure vorgenommen werden. In ausgesprochenen Fällen von Infection ist die Porro-Operation angezeigt.

Es folgen die Krankheitsgeschichten 2 Kaiserschnitte bei absoluten Indicationen (c. vera 6 resp. 5,75) mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind.

W. Brshesinski: «Zur Kasuistik der Haemorrhagien in der Harnblase während des Geburtsaktes». (Nr. 3).

(Kasuistischer Beitrag).

Krankengeschichte eines Falles in welchem bei einer II. para sowohl während der Geburt, als auch im Wochenbette Blutungen in die Blase und Haematurie beobachtet wurden; Erscheinungen welche Verf. auf Exacerbation einer chronischen Cystitis und Berstung varicös erweiterter Venen in der Blasenschleimhaut zurückführt.

A. A. Anufrijew: «Kurzer medicinischer Bericht der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik der Kaiserlichen Universität zu Warschau pro 1869—1874». (Nr. 4).

P. F. Sadowski: «Die Art der Verbreitung der Mikroben von der Gebärmutterhöhle aus». (Nr. 4).

Die Frage auf welchem Wege sich in der Gebärmutterhöhle befindende Mikroben weiter verbreiten, hat S. auf experimentellem Wege zu lösen gesucht. Zu diesem Zwecke wurde unter den nöthigen Kautelen einigen Meerschweinchen eine Emulsion einer Reincultur von gelben Staphylokokken in den Uterus injicirt. Nach dem Tode der Thiere wurden sowohl makroskopische, als auch mikroskopische Untersuchungen angestellt deren Resultate in Kürze folgende sind. In den Hörnern der Gebärmutter und in dem umgebenden Zellgewebe sind deutlich ausgesprochene entzündliche Vorgänge vorhanden. Die Entzündung beschränkt sich nicht nur auf die Stelle des Trauma (durch Einführung der Spritze verursacht) sondern verbreitet sich auch weiter im Genitaltractus sowohl aufwärts, als auch nach den Seiten hin. Die eingeführten Mikroben dringen durch die ganze Dicke der Hörner in das Zellgewebe hindurch, hauptsächlich durch Vermittelung der Lymphspalten. Es ist daher die Annahme berechtigt, dass die Mikroben nicht nur per continuitatem, sondern falls Defecte in den auskleidenden Membranen bestehen, auch durch die Wandungen hindurch in das die Gebärmutter umgebende Zellgewebe dringen und diese oder jene Entzündungsart hervorrufen können.

G. Prokofjew: «Ein seltener Fall von Veränderung der Position des vorliegenden Kopfes in der Beckenhöhle während der Geburt». (Nr. 4).

(Kasuistischer Beitrag).

In dem Falle P.'s war bemerkenswerth, 1) dass der Kopf in der Beckenhöhle aus der 3. Schädellage in die vierte Schädellage überging und dass 2) die Drehung des Hinterkopfes nach vorne nicht erfolgte, sondern der Kopf in Vorderscheitellage zum Einschneiden kam.

Dobbert.

Chirurgitscheskaja Ljetopissj.

(Chirurgische Jahrbücher) Bd. III, Heft 2.

Prof. Sklifossowski: Vis naturae medicatrix. (Zufällige Anastomosenbildungen zwischen Hohlorganen).

Beschauliche Betrachtungen über die Zweckmässigkeit auf natürlichem Wege entstehender Communicationen zwischen verschiedenen Hohlorganen (Gallenblase und Darm, verschiedenen Darmabschnitten untereinander) bei pathologischen Zuständen. Wir sollen uns diesen Fingerzeig der Natur zum Vorbild nehmen und unseren künstlichen Anastomosenbildungen eine ausgedehntere Anwendung geben als bisher. S. spricht dabei den Gedanken aus, dass es vielleicht möglich wäre in passenden Fällen von unheilbaren Ureterenfisteln eine Communication zwischen Ureteren und Dickdarm herzustellen. Anlass zu diesen Betrachtungen geben folgende zwei Fälle. — Bei einer wegen Ileus vorgenommenen Laparotomie fand sich als Ursache der Darmocclusion ein an der Bauhini'schen Klappe stecken gebliebener grosser Gallenstein. Pat. starb nach einigen Stunden und bei der Section zeigte es sich, dass der Gallenstein durch eine Oeffnung in den Darm gelangt war, die Gallenblase und Darm nach vorhergegangener Verlöthung verband — ein relativ häufiges Vorkommnis. — Der zweite Fall bietet wegen seiner Seltenheit grösseres Interesse. Ein Adenoma carcinomatodes hatte zum Verschluss des Colon descendens an der Uebergangsstelle in die Flexura sigm. geführt. Die beiden Fusspunkte der Darmschlinge, an deren Scheitel die Neubildung sass waren mit einander verbacken und durch eine aus unbekannter Ursache entstandene Oeffnung, die den Koth passiren liess, in Verbindung getreten. Resection der ganzen erkrankten Darmpartie und circuläre Naht führten zu glatter Heilung.

Wyrubow: Zur Frage über die wässrigen Sublimatlösungen.

Auf Grund der neueren Arbeiten über das Sublimat stellt W., ohne selbst Versuche gemacht zu haben, folgende Sätze auf:

1. Die Zahl der Chirurgen, die das Sublimat zur Irrigation von Wunden verwenden, vermindert sich stetig.

2. Der Eiweissgehalt der Körpergewebe vermindert die Wirksamkeit schwacher Sublimatlösungen; starke Lösungen wirken deletär auf die Gewebe.

3. Sublimat ist in alkalischen Medien unwirksam, da es durch Alkalien zersetzt wird.

4. Die desinficirende Wirkung des Sublimat beruht auf chemischer Einwirkung auf das Protoplasma der Mikroben.

5. Zur Herstellung von Sublimatlösungen muss man ausschliesslich das Hydrarg. sublimatum ex aqua recrystallisatum gebrauchen, destillirtes oder 1 Stunde lang gekochtes Wasser nehmen, Kochsalz, Ammoniak oder Säuren zusetzen. Man soll nur schwache (1:2000) und frisch bereitete Lösungen gebrauchen, sie in gelbbrannen Glasgefässen aufbewahren. Am besten ist das Sublimat aus der Zahl der Antiseptica sowohl für chirurgische als für Desinfectionszwecke (Wäsche, Kleider und andere Gegenstände) zu streichen.

Prof. Kusmin: Eingeklemmte Brüche; Methodik ihrer chirurgischen Behandlung.

Die Normen die an K.'s Klinik bei der Behandlung incarcerirter Hernien befolgt werden sind kurz folgende. Taxisversuche werden nur selten, und zwar bei ganz frischen Einklemmungen gemacht, wenn schon früher bei Incarcerationen erfolgreiche Repositionen stattgefunden haben. In der Regel wird unverzüglich zur Herniotomie geschritten. Bei Bestehen von allgemeiner septischer Intoxication stirbt nach K.'s Erfahrungen häufig der eingeklemmte Darm nachträglich ab, auch wenn er im Moment der Operation nicht stark verändert erscheint. In diesen Fällen legt K. daher den anus præternaturalis an. Die primäre Darmresection und Enterorhaphie bei Darmgangrän macht K. in der Regel nur, wenn die Einklemmung nicht länger als 3 Tage besteht, vom 4. Tage ab hält er den anus præternaturalis für sicherer. Je nach dem Befund im einzelnen Fall lässt Verf. Ausnahmen zu. Bei bestehender Peritonitis ist die Darmnaht contraindicirt. Nach Möglichkeit wird bei gutem Zustand des eingeklemmten Darms die Radicaloperation (bei Leistenhernien nach Bassini) angeschlossen. Von der Jodoformgazetamponade scheint K. ausgedehnten Gebrauch zu machen. Die aus der Statistik gemachten Schlussfolgerungen K.'s sind vielfach anfechtbar. Einige ausführliche Krankengeschichten sind in der Arbeit wiedergegeben.

Prof. Pawlowski: Resection des Kniegelenks nach einer modificirten Methode.

Die von P. beschriebene Modification der Resectionsmethode von Waston und Fenwick (convexe Gestaltung des Gelenkendes des Femur, concave des Gelenkendes der Tibia) besteht darin, dass er vom Femur eine der Oberfläche der Condylen parallele Knochenschale absägt, das Gelenkende der Tibia aber durch einen ebenen Horizontalschnitt abträgt. Vortheile: geringe Verkürzung der Extremität, Vermeidung einer Verletzung des Epiphysenknorpels des Femur. In 4 Fällen wurde solide Verwachsung bei Verkürzung von $1^1/_2$—3 Cm. erzielt. Dass die Berührungsfläche der resecirten Gelenkenden durch die convexe Gestalt des Femurendes verkleinert wird, schadet bei aseptischem Wundverlauf nichts.

Matwejew: Eine neue Modification der osteoplastischen Unterschenkelamputation nach Pirogow.

Die Modification, die bei einem Pat. mit ausgedehntem Weichtheildefect an der Vorderfläche des Unterschenkels angewandt wurde, besteht nur darin, dass ein grosser Weichtheillappen aus der ganzen Fusssohle gebildet wird, der an die Vorderfläche des Unterschenkels hinauf geklappt wird. Die Knochendurchtrennung wie bei der ursprünglichen Pirogow'schen Methode.

Es folgen kleinere Arbeiten von Spisharny über 7 Fälle von Leberechinococcus (operirt von Prof. Skliffossowski), Krassinzew über eine Nephrectomie, Solowjew über Behandlung von Uterusfibromen, Serenin über Gelenksyphilis.

Wanach.

Chirurgitscheski Westnik. April. 1893.

M. A. Wassiljew: Ueber den gegenwärtigen Stand der Chirurgie.

Antrittsrede als Docent der Warschauer Universität über Antiseptik, Aseptik, Verletzungen durch moderne Schusswaffen und dergl.

P. W. Botscharow (Kiew): Die Ursachen des Chloroformtodes. Kritische Uebersicht der Lehre vom Chloroformtode und Untersuchung der Veränderungen welche durch das Chloroform am Herzen hervorgebracht werden. Fortsetzung.

Es werden die verschiedenen Methoden der Chloroformirung besprochen. Auch beschreibt Verf. eine eigene Modification des Kappeler'schen Apparates, bei welcher die stetige Abnahme des Chloroformgehaltes des dem Kranken zugeführten Chloroformluftgemisches vermieden wird. Im Kappeler'schen Apparat wird bekanntlich Luft durch ein zuführendes Rohr in den Chloroformbehälter geblasen, nimmt daselbst ein gewisses Quantum Dämpfe auf und entwickelt dann durch ein abführendes Rohr in die dem Kranken vorgehaltene Maske. Da nun aber in Folge der Verdunstung das Chloroform sich bedeutend abgekühlt und ausserdem der Flüssigkeitsspiegel unter dem zuführenden Rohre sinkt, so nimmt der Gehalt des dem Kranken zugeführten Gemisches an Chloroform so rasch ab, dass derselbe für eine ruhige Narkose unzureichend werden kann. Diesen Uebelstand hat Verf. dadurch vermieden, dass er das zuführende Rohr beweglich machte und den Abstand des unteren Endes desselben über dem Flüssigkeitsspiegel nicht über 5 Mm. steigen liess. In Folge dessen sinkt der Chloroformgehalt zwar anfangs wegen der Abkühlung, bleibt aber dann fast vollständig constant, und ist je nach dem Abstande des zuführenden Rohres vom Flüssigkeitsspiegel willkürlich regulirbar, womit also die erforderlich genaue Dosirung des dem Kranken zugeführten Chloroformes erreichbar gemacht worden ist.

N. J. Andrejew: Zur Diagnostik, dem klinischen Verlauf und der conservativen Behandlung der Erweiterungen der Tuben und der chronischen Salpingooophoritiden. (Aus der Klinik des Prof. A. J. Lebedjew).

Historische Vorbemerkungen und Mittheilung von 18 Krankengeschichten in extenso. Fortsetzung folgt.

W. Malenjuk, stud. med.: Materialien zur Lehre von der Transplantation von Knochengewebe zum Ersatz von Knochendefecten. Preisschrift aus der chir. Klinik zu Charkow mit einem Vorwort von Prof. W. Grube.

Der vorliegende Anfang der Arbeit enthält eine historische Uebersicht der Frage bis zu den bekannten Veröffentlichungen von Senn über Anfüllung von Knochenhöhlen mit decalcinirten Knochen.

N. A. Ssokolow: Die Zottenwucherungen der Synovialis. (Lipoma resp. Fibroma arborescens articulorum). Schluss.

Mittheilung und Besprechung einiger eigener Fälle mit guten Abbildungen. Verf. schliesst sich der Meinung Hagen Torns über die Bedeutung des jeweilig innerhalb der Gelenke herrschenden negativen Druckes für das Zustandekommen dieser Wucherungen an. Ueber die Beziehungen derselben zur Tuberculose hat er nichts Neues gefunden.

N. Iwanow: Karl Karlowitsch Reyher.

Fortsetzung der Biographie Reyher's bis zum Abschluss seiner Thätigkeit am Marien-Hospital.

Grubert.

An die Redaction eingesandte Bücher.

Wasieliewski. Herpes Zoster. Sep. Abdr.
Ponfick. Ueber das Wesen der Krankheit und die Wege der Heilung. Antrittsrede. Berlin, Hirschwald 1892.
Gugl u. Stiehl. Neuropathologische Studien. Stuttgart, Enke 1892.
Lang. Ordinationsformelm. Wien, Safar. 1892.
Glax. Aerztliche Mittheilungen aus Abbazia. Wien, Braumüller 1892.
Zentföfer. Topographie des elast. Gewebes. Hamburg und Leipzig, Leop. Voss. 1892.
Kast u. Rumpel. Pathol. Anatom. Tafeln. Lief. I und II. Wandsbeck-Hamburg Kunstanstalt vorm. Seitz.
Landau. Les salpingites, Bruxelles 1892.
Бурреръ. Мясная пища съ точки зрѣнія вегетаріанца. С.-Петербургъ 1892.
Adamkiewicz. Untersuchungen über den Krebs. Wien, Braumüller 1893.
Fischel. Morphologie und Biologie des Tuberculose-Erregers. Wien, Braumüller 1893.
Rosenbach. Ansteckung, Ansteckungsfurcht und die bakteriologische Schule. Stuttgart, Zimmers Verlag, 1892.
Das medicinische Wien, Braumüller 1892.
De Ruyter und Kirchhoff. Specielle Chirurgie. Berlin, Karger 1893.

Дозв. ценз. Спб. 2 Іюля 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach, Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhof Prosp. *

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 5. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1893.

Wratsch № 14—26.

Ott: «Material zur Lehre von der Extrauteringravidität». (Nr. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17).

Zu den 5 früher publicirten Fällen fügt Verf. noch 17 operirte Fälle von Extrauteringravidität hinzu, dazu kommen noch circa 60 Fälle, welche Verf. in klinischer Beobachtung hatte, die aus verschiedenen Gründen aber nicht operativ behandelt wurden. Unter den 17 Fällen bestand linksseitige Tubengravidität 8 Mal, rechtsseitige 8 Mal, doppelseitige 1 Mal. Genesung nach der Laparotomie 14 Mal, Besserung 1 Mal, Tod 2 Mal (Undurchgängigkeit des Darms und Chloroform? oder Sepsis?). Mehrgebärende 15, Erstgebärende 2,

Unter anderem fanden sich eine extrauterine Zwillingsschwangerschaft, das gleichzeitige Bestehen einer extra- wie intrauterinen Gravidität und eine doppelseitige Extrauteringravidität. Bei der extrauterinen Zwillingsschwangerschaft fand man zwei 3—4 monatliche normal entwickelte, lebende Früchte, die ihre Extremitäten bewegten. Der intraligamentär entwickelte Fruchtsack war leer, die Embryonen befanden sich in der Bauchhöhle, nur durch die Nabelschnüre mit dem Fruchtsack in Verbindung stehend. Der Fall endete tödtlich. In einem Fall liegt gleichzeitiges Bestehen einer extra- und intrauterinen Schwangerschaft vor; nach dem operativen Eingriff wegen rechtsseitiger Tubenschwangerschaft wurde die intrauterin gelegene Frucht ausgetragen und zur Zeit geboren. Die doppelseitige Tubenschwangerschaft ging am 9. Tage post operationem wegen Undurchgängigkeit des Darms in Folge von Strangulation durch einen narbigen Strang zu Grunde. In diesen, wie in den meisten anderen Fällen hat O. die Wundhöhle mit Jodoformgazen austamponirt und zur Herstellung eines Abflusscanales das hintere Scheidengewölbe incidirt und einen Gazestreifen durchgeführt.

Unter den aetiologischen Momenten giebt Verf. den Veränderungen in der Tube am meisten Schuld, in den meisten Fällen fand er entzündliche Veränderungen in der Umgebung der inneren Genitalien, welche ihrerseits mit nicht normal verlaufenden vorhergegangenen Puerperien in Zusammenhang gebracht wurden.

Die Haematocele entwickelt sich entweder in einem durch frühere Verwachsungen gebildeten Sack, oder in einem durch Verklebung der Nachbarorgane gebildeten Hohlraum oder in einem selbstständig durch den Reiz des Blutergusses gebildeten, äusserst feinen bindegewebigen Sack. Experimentelle Untersuchungen an Thieren können gleiche Verhältnisse hervorrufen. Die Ursache der Blutung ist entweder zu suchen in der Ruptur eines Gefässes beim Platzen des Sackes oder in der Ablösung der placenta und der Eihäute; letztere ist die gefährlichere, da im ersten Fall die Ruptur am Orte der dünnsten Stelle erfolgt und selten ein grösseres Gefäss platzt, im anderen Fall aber durch das Ausbleiben der Contractionen des Sackes der Blutung nicht so leicht Einhalt geboten werden kann. Im letzteren Fall kommen häufiger Nachschübe vor.

Bei Tubengravidität findet sich Hyperplasie und Hypertrophie der andern Tube, Vergrösserung der Ovarien, oft corpora lutea. Es folgt eine genaue Angabe des pathologisch-anatomischen Befundes, alsdann die Besprechung der diagnostischen Gesichtspunkte. In gewissen Fällen wendet Verf. die Sonde zu diagnostischen Zwecken an und meint, dass diese für gewisse Fälle ein brauchbares diagnostisches Hilfsmittel ist. Ebenso führt O. nicht selten die Auskratzung mit dem scharfen Löffel zu diagnostischen Zwecken aus (mehr als 25 Mal, ohne je üble Folgen erlebt zu haben). Den durch die Auskratzung gewonnenen Befund von Deciduazellen hält Verf. stets für den positiven Beweis bestehender Schwangerschaft. Besonders greift Verf. zu diesem Hilfsmittel, wenn anderweitige Momente zur Stütze der Diagnose fehlen. In Fällen, wo die Weiterentwickelung der Extrauteringravidität sistirt, hält Verf. die Auskratzung für indicirt, um die Diagnose vollauf zu sichern. Als zu beachtende Maassregel wird angeführt, dass ein Zug an der die Portio fixirenden Kornzange zu vermeiden sei. Die Möglichkeit der Gefahr einer Ruptur des Sackes unter dem Einfluss der durch den Reiz der Auskratzung hervorgerufenen Contractionen, hält Verf. mehr für eine theoretische Annahme, als eine auf klinischer Beobachtung beruhende Thatsache.

Was die Therapie betrifft, so ist O. für den Fall, dass die Schwangerschaft sich weiter entwickelt, für einen radicalen operativen Eingriff; nur ausnahmsweise sei es gestattet, wenn die Frau sich in einem vorgerückten Stadium der Schwangerschaft meldet, bei bestehenden Lebenszeichen von Seiten der Frucht, anfangs das expectative Verfahren einzuschlagen, um erst zwei Wochen vor dem Herannahen des erwarteten Termins des Geburtseintrittes die Laparotomie auszuführen. Besteht die Schwangerschaft 1—2 Monate und bleibt auf diesem Entwickelungsstadium stehen, so käme das expectative Verfahren zur Geltung. Aeltere Schwangerschaftsproducte beanspruchen einen langen Zeitraum zur Resorption und hinterlassen Residuen — in solchen Fällen ist die Indication zur Operation eine relative. Ist die Hälfte der Schwangerschaftsdauer überschritten, so tritt die Radicaloperation wieder ganz in ihre Rechte. Die Entfernung der Blutcoagula durch einen Schnitt ins hintere Scheidengewölbe will Verf. nach Möglichkeit vermieden wissen, da durch Ausräumung einiger Blutcoagula die primäre Ursache, die geplatzte Tube mit der Placenta und dem Foetus nicht weggeräumt werden kann. Dieses Verfahren steht dem radicalen weit nach.

M. Senetz: «Die Aetiologie der Cholera». Antrittsvorlesung. (Nr. 12, 13, 14).

Geschichtlicher Ueberblick über die Entwickelung der Cholerafrage, die Lebensbedingungen der Cholerabacillen etc. Es wird einer chemischen Reaction auf die Koch'schen Bacillen von Buivid, Poehl und Dunham Erwähnung gethan: wenn man zu den Bouillonculturen Salz- Salpeter- oder Schwefelsäure hinzufügt, erhält man einen roth-violetten Niederschlag, welcher von anderen Autoren der Anwesenheit von Indol zugeschrieben und alle Bedeutung abgesprochen wird. Verf. theilt die Anschauung Nencki's, dass der Kommabacillus allein zur Infection nicht genüge, man müsse die Möglichkeit zugeben, dass andere Bacterien den Boden für die Kommabacillen bereiten oder seine Thätigkeit irgend wie unterstützen. Dann folgt die Besprechung der örtlichen, individuellen, sanitären etc. Verhältnissen.

A. Michailow: «Ueber die Beziehung verschiedener Symptome bei der Cholera». (Nr. 13, 14 und 19).

Verf. unterscheidet analog den Erscheinungen bei manchen Vergiftungen mit Alkaloiden ein Krampfstadium, bei welchem diejenigen Organe reagiren, welche gleich anfangs direct mit dem Gifte in Berührung gekommen sind, alsdann ein paralytisches Stadium, wo die toxische Substanz auf dem Wege centraler Einwirkung durch Eindickung des Giftes Lähmung des nervösen Apparates hervorruft. Verf. spricht von der Möglichkeit, dass das Choleragift ein sehr complicirtes Gift ist, welches viele Alkaloide in sich schliesst und dessen Wirkung dem Muscarin und Coniin am nächsten kommt. Die toxische Wirkung befällt zuerst die secretorischen, motorischen und vasomotorischen Centra des Darmes, dann kommt die Fernwirkung auf das Brechcentrum und mit diesem wahrscheinlich auf das vasomotorische und Krampfcentrum zur Geltung; es handelt sich somit um die Einwirkung auf die medulla oblongata und den Sympathicus. Es folgt dann die Besprechung der Temperaturverhältnisse des Körpers.

W. Ssokolow: «Zur Frage über den Einfluss einer periodischen unvollkommenen Hungercur von kurzer Dauer auf den Eiweissumsatz beim gesunden Menschen». (Nr. 14).

Vorläufige Mittheilung.

1. Bei unvollkommener Hungercur (Schwarzbrod) von 3-tägiger Dauer findet sich eine Abnahme der N- und S-Abscheidung im Harn. Die Harnmenge nimmt ab, der N-Umsatz vollzieht sich theilweise auf Kosten des eigenen Körpers, der Eiweisszerfall geht in unregelmässiger Weise vor sich und der Procentgehalt der Producte der unvollständigen Oxydation wird höher. 2) Unter dem Einfluss einer periodischen kurzdauernden Hungercur verbessert sich die Assimilation des N. in der auf die Hungerzeit folgenden Periode; in dieser Zeit ist der N.-Umsatz herabgesetzt. Der erlittene Eiweissverlust wird nicht bei Allen im Laufe der nächsten 3 Tage ersetzt.

A. Woskressensky: «Ueber die Bedeutung der Verbreitung hygienischer Kenntnisse im Volk, überhaupt, und im speciellen im Zusammenhang mit der Cholera». (Nr. 14).

Der Mangel der aller elementarsten Beobachtung der Reinlichkeit unter der Landbevölkerung bringt es mit sich, dass jährlich in dem von W. besorgten Bezirk 2—3½ Tausend Erkrankungen an Scabies notirt werden. Die rauchigen Hütten ohne Ventilation und Rauchfang haben eine starke Frequenz der Augenkrankheiten zur Folge. Die absolute Ignoranz und

der verderbliche Aberglaube, wie er sich noch bei den letzten Excessen in manchen Choleradistricten gezeigt hat, sind sprechende Thatsachen, welche Abhilfe erheischen durch Verbreitung populärer Schriften, Vorträge etc.

N. Ssokolow: «Zur Frage von den Erkrankungen an Actinomycosis in Russland». (Nr. 14, 15 und 16).

Verfasser spricht sich dahin aus, dass die Actinomycosis weit verbreiteter in Russland ist als man gemeinhin annimmt. S. führt 61 aus der russischen und polnischen Literatur gesammelte Fälle an (incl. 5 eigene Beobachtungen) mit dem Zugeständniss, dass mancher Fall nicht beschrieben oder seiner Aufmerksamkeit entschlüpft sein mag. Es vertheilen sich von den 61 Fällen: auf die Hals- und Kopfgegend 34, auf die Lungen 18, den Darm 7, Eingangspforte unbekannt 2. Davon starben 21 (35 pCt.).

D. Ssokolow: «Ueber den Einfluss der Antipyretica: Antipyrin, Antifebrin, Phenacetin, Chin. mur. und salicylsaures Natron auf die Hautperspiration bei normalen und fiebernden Kindern. (Nr. 14, 16, 21).

Verf. stellte an 50 normalen und 13 fiebernden Kindern zwischen 5—13 Jahren Versuche an. Chinin, Antipyrin und Na. salic. wurden in der Dosis v. 0,5, Phenacetin 0,25, Antifebrin 0,3 verabfolgt. Nach der Methode von Weyrich wurden in jedem Fall 4—5 Messungen vorgenommen und Folgendes als Resultat festgestellt: 1) bei einem normalen Kinde erhöht Antipyrin am meisten die Hautperspiration dann folgt Phenacetin, während das salicyls. Na. und Chinin dieselbe kaum beeinflussen. Antifebrin setzt dieselbe sogar herab. 2) Bei fiebernden Kindern erhöht das Antifebrin am meisten die Hautperspiration, weniger Antipyrin, nächstdem Na. salic. und Chinin, Phenacetin unterdrückt die Hautperspiration. 5) Beim Abdominaltyphus ist die Hautperspiration höher als in der Norm.

N. Kissilew: «Tamponade des Uterus bei Nachgeburtsblutungen». (Nr. 15, 18, 21, 22, 23).

Nach einem ausführlichen Ueberblick über den jetzigen Stand der Frage pro und contra, beschreibt Verf. sein Verfahren. Nachdem Massage des Uterus, Entfernung von eventuellen Eihautresten und Blutcoagula aus dem Uteruscavum, heissen Einspritzungen mit 2 pCt. Carbolsäurelösung versucht worden, schreitet Verf. zur Tamponade mit Jodoformgazen. K. führt die rechte Hand in den Uterus ein, wie zur Wendung, mit der linken Hand führt er die Gazestreifen ein, die rechte Hand im Uteruscavum nimmt dieselben entgegen und stopft dieselbe aus. Später wird eine Bauchbinde fest angelegt. K. berichtet über 7 Fälle, alle mit Ausgang in Genesung; die Krankengeschichten sind beigefügt. In tabellarischer Darstellung sind die übrigen vom Verf. aus der Literatur gesammelten Fälle — 185 an der Zahl — aufgezeichnet.

E. Ssokolowsky: «Zur Casuistik chronischer Stenosen des Kehlkopfes bei Kindern». (Nr. 15).

Es hatte sich 2 Jahre nach Ablauf der Diphtherie bei einem Kinde eine ringförmige Verengerung in der Gegend des 2—3 Knorpels gebildet.

R. Katz: «Skiaskopie». (Nr. 15).

Besprechung der Theorien über Skiaskopie und einiger zur Untersuchung gehöriger Instrumente.

W. Wjissokowitsch: «Bacteriologische Beobachtungen zur Zeit der Cholera in Charkow 1892» (Nr. 12, 15, 16 und 17).

Tabellarische Uebersicht über 34 bakteriologisch untersuchte Fälle.

L. Berberow: «Zur Frage über den Gehalt an Zucker im Harn Schwangerer, Wöchnerinnen und Nährenden». (Nr. 16).

Vorläufige Mittheilung.

Der Harn von 9 Schwangern, 25 Wöchnerinnen und 12 Ammen wurde untersucht. Bei 10 Wöchnerinnen fand man Zucker, bei 2 Spuren; bei den übrigen war das Resultat ein negatives.

M. Schurakowsky: «Zur Frage über die Veränderung des Brustkorbes, der In- und Expirationskraft und der Lungencapacität zur Zeit der Schwangerschaft und des Wochenbettes». (Nr. 16).

Vorläufige Mittheilung.

Der Brustumfang nimmt zu, die Athembewegungen werden flacher, der quere und der sagittale Durchmesser wird kürzer zur Zeit der Schwangerschaft. In der Mehrzahl der Fälle ist die Inspirationskraft stärker als die Exspiration. Die vitale Capacität ist während der Schwangerschaft gewöhnlich geringer als nach der Geburt.

W. Orlow: «Zur Frage über die Lehre der Schwangerschaft und der Geburt bei Fibromen des Uterus, welche die Beckenhöhle verengern». (Nr. 16).

Erwähnung von 6 Fällen aus der russischen Literatur; in 4 Fällen wurde die sectio caesarea zum Geburtstermin, in 2 zur Zeit der Schwangerschaft ausgeführt. Verf. führt einen Fall an, bei welchem der Kaiserschnitt wegen bestehenden Hindernisses der Geburtswege durch ein im hinteren Theil des Beckens sitzendes Myom ausgeführt wurde. Es wurde die Castration angeschlossen. Mutter und Kind wurden gerettet. In einem 2. Fall wurde, als die Geburt trotz kräftiger Wehen lange stand, das Fibrom aus dem kleinen Becken herausgehoben, worauf die Geburt bald eintrat.

L. Belljarminow: «Ueber die Wirkung des Skopolamin (eines neuen Mydriaticums) auf das Auge». (Nr. 17).

Verf. untersuchte das von Raehlmann in die Praxis eingeführte Alkaloid scopolaminum mur. nach A. Schmidt (Marburg) an 30 Personen. Dieses Alkaloid wirkt rascher als Atropin, erreicht rascher sein Maximum, dagegen ist die Wirkung eine weniger anhaltende. Eine Lösung von Atropin 1 : 120 entspricht einer Lösung von Skopolamin 1 : 1000. Scopolamin lähmt die Accomodation, alterirt den intraocularen Druck beim normalen Auge nicht und besitzt einen hohen Diffusionscoefficient. Therapeutische Anwendung findet Skopolamin bei Erkrankungen der Iris, der Hornhaut (keratitis phlyct., parench. diffusa, keratitis-hypopyon etc.) dann nach discissio cataractae. Als Nebenerscheinung werden bei Anwendung einer starken Lösung (1 : 120) genannt: Trockenheit und Hitzegefühl im Rachen, Durstgefühl, Schwindel, schwankender Gang. Bei schwachen Lösungen (1 : 1000) treten diese Erscheinungen nicht auf.

J. Tschurilow: «Behandlung der Rose mit Chlor- und Bromphenol». (Nr. 17).

Vorläufige Mittheilung.

Obige Mittel wurden in 1 pCt. Lösung in Salbenform aufgestrichen — wie Verf. angiebt, mit Erfolg.

L. Kutusow: «Zur Frage über den Einfluss des Terpentinöles auf die Verdauung des Magens bei Gesunden». (Nr. 17).

Vorläufige Mittheilung.

Ol. Tereb. verzögert anfangs die Secretion des Magensaftes, darauf befördert es dieselbe.

N. Ssimanowski: «Ueber die rheumatische Affection der articul. crico-arytanoidea». (Nr. 18, 19, 20).

Beobachtung von 4 Fällen, wo neben mehr oder weniger entwickelten rheumatischen Entzündungen der Gelenke auch eine Affection der artic. crico-arytaenoidea bestand. Heiserkeit, Beschwerden beim Sprechen und Schlucken, Schmerzhaftigkeit von aussen, entzündliche Schwellung der ary-epiglottischen Falten und der Gegend der betreffenden Articulation, erschwerte Intonation. An die selbst beobachteten Fälle werden andere aus der Literatur angefügt.

J. Prosorowsky: «Der Einfluss des Kaffees und einiger Derivate auf pathogene niedere Organismen». (18).

Vorläufige Mittheilung.

Verfasser bereitete einen Kaffeeaufguss + Peptonbouillon und impfte in dieser Lösung Typhus-, Cholera-, Milzbrandbacillen. P. fand, dass der Kaffee schwach desinficirende Wirkung besass, ein Kaffeedecoct von der Stärke, wie dasselbe im täglichen Leben genossen wird, tödtet die Cholera- und Milzbrandbacillen in 3 Stunden, die Typhusbacillen in 1 Tag, die Sporen der Milzbrandbacillen in 9 Tagen.

G. Wlajew: «Einfluss verdorbener Luft in angefüllten Räumen auf den Blutdruck bei Gesunden». (Nr. 18.)

Untersuchungen an Passagieren II und III Classe auf dem Schiff und in einem Nachtasyl, wo 280 Menschen in einem Schlafzimmer untergebracht waren. Es konnte nachgewiesen werden, dass der Blutdruck und die Temperatur erhöht wird, die Pulsfrequenz abnimmt, die Athmung frequenter wird. Die Ansammlung von CO, CO_2, H_2S, NH_3 sind die Ursache.

W. Poteenko: «3 Fälle von Entwickelungsfehlern. Eine angeborene Syndactylie, eine Spina bifida und eine Ectopia vesicae urinariae bei einem 3 wöchentlichen Kinde». (Nr. 18.)

A. Jarotzky: «Ueber die Bedeutung statistischer Aufzeichnungen für die Statistik eines Kreises. (Nr. 18).

J. Botschkarew und P. Lukaschew: «Zur Frage über den Einfluss des Malzextractes auf die Temperatur des Körpers, Puls, Blutdruck, Athmung, Lungencapacität, Körpergewicht, Umsatz an Wasser, Haut- und Lungenperspiration, Assimilation des N und des Fettes der Nahrung und N-Stoffwechsel bei Phthisikern». (Nr. 18.)

Vorläufige Mittheilung.

A. Schtscherbak: Ueber die Veränderung im Nervensystem unter dem Einfluss des diphtheritischen Giftes (zur Frage über die Entstehung der diphtheritischen Lähmung). (Nr. 18.)

Kurze Mittheilung.

Experimentelle Untersuchungen an Kaninchen. Sch. fand Aufquellung der Achsencylinder und der Schwannschen Scheiden, alsdann Zerfall des Myelins und Untergang der Achsencylinder.

S. Nikolsky: Material zur Lehre von der Infection der Haut Kranker durch Microben. (Nr. 19.)

Vorläufige Mittheilung.

3 verschiedene Körperstellen wurden auf ihren Gehalt an Bacterien untersucht: auf der linken Brusthälfte wurde in 1 Cbcm. 756 Bacterien gefunden auf dem Rücken 645 auf der Innenfläche des Oberschenkels 710. Darunter Streptococcus pyogenes albus et aureus. Fäulnissbacterien und 17 verschiedene nicht pathogene Pilzarten.

P. Dachnewsky: Vergleich der Brauchbarkeit des Chamberlandschen, Pasteurschen und Berkefeldschen Filters.(Nr. 19.)

Vorläufige Mttttheilung.

Der Berkefeldsche Filter zeichnet sich durch schnellere Durchlässigkeit in der Zeiteinheit, grössere Leichtigkeit der Reinigung, durch die Einfachheit der Construction und durch die Transportfähigkeit aus.

Th. Roschtschinin: Ein Apparat zur Erzielung erhöhter Herzarbeit. (Nr. 19.)

Beschreibung des Apparates, der durch active Bewegung zweier Stützen mit den Armen einen elastischen Gurt um den Thorax abwechselnd comprimirt und löst. Herzschwäche, Insufficienz des Herzmuskels, gesteigerte Anforderung an die Herzthätigkeit in Folge von Kreislaufsstörungen bilden die Indicationen, Sclerosis der Coronararterien, allgemeine Arteriosclerosis, und acute Endo- und Pericarditis-Contraindicationen.

S. Ssawtschenko: «Zur pathologischen Histologie der Cholera. (Nr. 20 und 21).

Verfasser macht auf die Veränderungen in den Nervenfasern des Darms aufmerksam. Man findet fettige Degeneration des Protoplasmas mit Vacuolenbildung; diese Veränderung wird für den paralytischen Zustand des Darmes mehr oder weniger verantwortlich gemacht. Dann folgt die Besprechung der pathologisch-anatomischen Verhältnisse der übrigen Organe.

J. Ssawtschenko und D. Sabolotny. Die Immunisirung des Menschen gegen Cholera. (Nr. 20 und 21.)

(Ergänzung.)

Das Blutserum des Menschen schafft Immunität gegen die Choleravibrionen, wenn in den Magen getödtete und hernach carbolisirte Choleraculturen auf Agar-Agar einverleibt werden. Mit Hilfe dieser abgetödteten Choleraculturen auf Agar-Agar kann man sich vor der Erkrankung mit Cholera schützen. Die Ausleerungen von Leichen, welche nicht empfänglich für Cholera sind, können manches Mal eine Menge Cholerabacillen enthalten, ohne dass der Träger schwer erkrankt.

J. Meerowitsch: Drei Fälle von operativer Entfernung der Milz im Ekaterinenburger Stadtkrankenhaus. (Nr. 21.)

Im ersten Fall füllte die vergrösserte Milz fast den ganzen Abdominalraum (Leibesumfang 95 Cm.), die Blutkörperchenverhältnisse wichen nicht von der Norm ab. Die durch Laparotomie entfernte Milz wog 3760 Grm., fieberhafter Verlauf, Heilung. Im zweiten Fall litt Patientin seit Jahren an Malaria, welche anfallsweise auftrat. Die entfernte Milz wog 2650 Grm. 13 Tage hielt sich die Temperatur bis 38,0, am 13. bis 16. Tage Fieber, welches sich in den nächsten 4 Wochen anfallsweise wiederholte und auf starke Chinindosen wich. Verf. macht auf das Auftreten von Malariaanfällen aufmerksam, trotz der Entfernung der Milz; Heilung. Beide Patientinnen hat Verf. 4 Jahre nach der Operation verfolgt; die letzte Patientin hat Verf. öfters wegen ihrer Malariaanfälle zu Rathe gezogen. Im dritten Fall wog die Milz 2640 Grm., Pat. starb 5 Stunden nach der Operation.

L. Awerbuch: Zwei Fälle von Vergiftung mit Hyoscyamus niger. (Nr. 21.)

Im ersten Fall handelte es sich um ein 15-jähriges Mädchen, welches Symptome, wie Aufregung, Trockenheit im Gaumen, Weite der Pupillen, Röthe der Haut, Verweigerung der Nahrungsaufnahme, Delirien bot, — der Fall endete tödtlich. Der andere Fall zeigte ähnliche Symptome und verlief günstig.

P. Frolow: Ueber einige Wirkungen des Sozojodol-Quecksilbers und die chemischen Veränderungen desselben zur Zeit der Herstellung der Lösung. (Nr. 21.)

N. Popow. Pathologisch-anatomische Veränderungen des Centralnervensystems bei asiatischer Cholera. (Nr. 22.)

Das mikroskopische Bild errinnert an das der encephalitis hypertrophica (Hayem): grobe körnige Körper in der grauen, wie weissen Substanz, Hyperämie, Quellung und Vermehrung der Kerne der Gefässwände. Die Nervenzellen sind gequollen, oder an der Peripherie dem Zerfall verfallen.

L. Besser: Der erste bacteriologisch untersuchte Cholérafall in Petersburg zur Zeit der Epidemie 1892. (Nr. 22 u. 23).

Verf., ein Anhänger Kochs, giebt einen Ueberblick über den jetzigen Stand der Cholerafrage und geht näher auf die letzte Epidemie in Petersburg ein.

W. Misewitsch: Zur Massage der Augenlider und der Conjunctiva palp. bei chronisch entzündlichen Catarrhen. (Nr. 22.)

M. wendet Massage mit Vorliebe beim Trachom an.

J. Finkelstein: Choleraähnliche Bacterien im Flusswasser. (Nr. 22.)

Verfasser fand in dem Fluss Kura in Tiflis und dem Nebenfluss derselben, Potzchowsky, Bacterien, welche grosse Aehnlichkeit mit den Cholerabacillen haben. Die Endchen derselben sind zugespitzt, die Krümmung ist geringer, Fuchsinlösung färbt sie gut. In 2–3 Tage alten Culturen finden sich neben den Kommaarten S-förmige Exemplare und Spirillen. Die Gelatine wird nicht verflüssigt. Verf. proponirt die Benennung vibrio choleroides non liquefaciens.

W. Podwissodsky: Zur Frage über die Morphologie der Cholerabacillen. (Nr. 23 und 24.)

Auf zwei Eigenthümlichkeiten, die in den Rahmen der Polymorphie der Cholerabacillen gehören, macht P. aufmerksam: auf die Anwesenheit und den Zerfall eines Pigmentstoffes im Leibe der Bacillen und die Vacuolenbildung in demselben. Die Pigmentanhäufungen fanden sich oft an den beiden Enden, aber auch in der Mitte.

A. Kasem-Beck: Ueber die Behandlung der Malaria mit Methylenblau und über die locale Anwendung desselben bei Diphterie. (Nr. 23, 24, 25, 26 und 27.

In 19 Fällen hat Verf. Methylenblau bei Malaria angewandt' die Krankengeschichten sind beigefügt. Dieses Mittel wendet K.-B. an, wenn Chinin nicht vertragen wird oder nicht wirkt. Die Nebenerscheinungen (Uebelkeit, Erbrechen, Harndrang) treten nicht oft auf. Die Fieberanfälle treten nach Anwendung dieses Mittels ebenso auf, wie nach dem Gebrauch anderer; es gelang jedoch in einigen Fällen, wo das Chinin die Anfälle nicht zu unterdrücken vermochte, mit Methylenblau dieselben zu beseitigen. Die Dosis von 0,5 in 24 Stunden genügte bei Erwachsenen, bei Kindern 0,25; letztere vertragen es besser. 12 Mal hat Verf. Methylenblau in einer Lösung von 1 : 10 bei Diphtherie local angewandt. Der Harn wurde nach 24 Stunden dunkelblau. Der Erfolg wird gerühmt.

D. Uspensky: Die Sterilisirung organischer Substanzen durch Filtriren durch den Nordmeyer-Berkefeldschen Filter. (Nr. 23.)

Beschreibung des Apparates und seine Anwendung zur Herstellung steriler organischer Extracte, wie des Pancreas, Sperma, der Leber etc.

G. Moor: Pathogene Mikroben im Staub und in der Luft der therapeutischen Abtheilung eines Militärhospitals. (Nr. 23, 24, 25).

Die Luft wurde 15 mal untersucht, theils vermittelst des Hesseschen Röhrchens. In 10 Liter Luft fanden sich maximum 220, und minimum 28 Microben, die Stäbchenform war am

wenigsten vertreten, die Coccen am reichlichsten (15 bei Namen genannte Coccenarten und 4 Bacillenarten). Von pathogenen Keimen wurde der Streptococcus pyogenes aureus u. albus gefunden. Der untersuchte Staub wies 5 Bacillenarten und 7 Coccenarten auf, ausserdem neben dem Streptococcus den Tuberkelbacillus. Nebenbei wurden Controllprüfungen an Thieren vorgenommen.

A. Dazenko: Einige Angaben zur Frage über den totalen Uterusprolaps. (Nr. 24.)

Stärkere Frequenz des Uterusprolaps in Kleinrussland, die mit ungenügender Schonung im Wochenbett in Zusammenhang gebracht wird.

J. Pedkow: Rotz bei Menschen im Berdjanskischen Kreise des Taurischen Gouvernements. (24.)

Verf. constatirt die Zunahme der Rotzerkrankungen an Menschen in Folge ungenügender Controlle der Thiere, welche rotzkrank auf Jahrmärkten verkauft werden. Verf. hat in letzter Zeit 9 Fäl'e gesehen, im Jahre 1891 sind in diesem Kreise 16 Erkrankungen vorgekommen. Es folgt Beschreibung einiger Fälle mit Affectionen der Lungen, Muskeln und Gelenke.

Z. Gralewsky: Rotz bei Menschen und die Behandlung derselben mit Quecksilbereinreibungen. (Nr. 24.)

Durch einen nicht als Rotz erkannten Fall wurden zwei Personen aus der Umgebung des Kranken angesteckt. Die Empfänglichkeit der Kinder ist geringer als die der Erwachsenen. 3 Krankengeschichten. Ein mit Hg behandelter Fall (200,0 ung. cin.) genas.

P. Sacharow: Der Einfluss der Brown-Sequardschen Lösung auf die Immunisirung für Rotz und pustula maligna. (Nr. 25, 26.)

Die Brown-Sequardschen Injectionen geben zur Verhütung der pustula maligna an Thieren manches Mal ein positives Resultat, indem die Injection Schafe unempfänglich macht für eine folgende Infection mit diesem Gift; Katzen können gegen Rotz nicht immun gemacht werden.

J. Kildjuschewsky: Von welchem Einfluss war das sogen. «Auswahl-System» auf den Verlauf von Krankheiten im Benderschen Lazareth. (Nr. 25.)

Unter Auswahlsystem versteht Verf. die Möglichkeit, den Kranken Speisen nach eigener Auswahl zu geben entsprechend seinen Bedürfnissen und der betreff. Krankheit. Resultate sind gut.

J. Sandakow: Ueber die Ausschwitzung von pathogenen Microben bei einigen Infectionskrankheiten durch die Haut. (Nr. 25.)

Vorläufige Mittheilung.

In einigen Fällen von Typhus und Erysipel fanden sich im Schweiss die entsprechenden pathogenen Keime.

Lingen.

Medicina. № 14–24.

Kroll: Ein Fall von Hyperaemia spinalis. (Nr. 14).

Bei einem 35jährigen Manne trat plötzlich folgender Complex von Symptomen ein: starke Hinterhauptkopfschmerzen, Schmerzen in den unteren Extremitäten, in der Lendenwirbelsäule und im Verlauf der Ischiadici, Anaesthesie der beiden unteren Extremitäten. Narcotica und Nervina brachten keine Linderung. Dieselbe trat sofort ein, als K. 7 Blutegel an das Kreuzbein setzen liess.

N. Akatzatow: Ein Apparat zur Nasenspülung. (Nr. 14).

Th. Trapesnikow: Sarcoma cutis idiopathicum, multiplex, pigmentodes (Kaposi). (Nr. 15–17).

Verf. gibt einen ausführlichen Bericht über die bereits in der Literatur veröffentlichten Fälle dieser von Kaposi zuerst beschriebenen Hautkrankheit und referirt über einen von ihm selbst beobachteten Fall. Verf ist der Meinung, dass man die Erkrankung von der Gruppe der Hautsarcome trennen und sie als eine eigenartige Gruppe bezeichnen müsse. Arsenikinjectionen fand er bei dieser Erkrankung von grossem Nutzen.

W. A. Afanassjew: Ein Fall von Perforation der Speiseröhre und der Brustaorta durch eine Fischgräthe. (Nr. 16).

Die Fischgräthe hatte sich im unteren Theil des Oesophagus eingeklemmt und führte zur Perforation der oben genannten Organe erst 9 Tage nach dem Verschlucken der Gräthe. Der Tod trat plötzlich durch eine starke Blutung ein.

W. Smidowitsch: Zur Vereinfachung der Methode der quantitativen Harnsäurebestimmung nach Haycraft. (17)

Die Vereinfachung besteht in der Anwendung der Centrifuge zur Fällung des harnsauren Silbers und zur Auswaschung des Niederschlages.

L. Libow: Das Fehlen einer Milzschwellung als diagnostisches Zeichen einer Muscatleber. (Nr. 18 und 19).

Während bei der gewöhnlichen atrophischen Lebercirrhose fast immer eine bedeutend vergrösserte Milz zu constatiren ist, findet man eine solche nie bei der Muscat-Leberatrophie. 2 vom Verf. beobachtete Fälle sollen diese Ansicht bekräftigen.

O. Rjesnikow: Zur Frage über das Drüsenfieber. (Nr. 18). 2 Fälle.

J. Gljaschtein: 5 Fälle von primärer syphilitischer Affection der Vaginalschleimhaut. (Nr. 18).

G. Munk: 2 Fälle von perniciöser Anaemie. (Nr. 19 und 23).

Als ursächliche Momente der perniciösen Anaemie nimmt Verf. mit S. Wassiljew die Entwicklung besonderer Gifte im Darmcanal an, die entweder von anatomischer Erkrankung des Darms oder von Bandwürmern und Mikroorganismen (Bacterium termo) abhängig sind. Diese Toxine können direct chemisch auf das Blut einwirken, oder reflectorisch durch Störung der Function der blutbereitenden Organe.

(Diese Hypothese ist übrigens nicht von Wassiljew zuerst ausgesprochen worden, sondern von vielen anderen Autoren, die sich in letzter Zeit mit der Frage der perniciösen Anaemie beschäftigt haben. Anm. des Ref.).

Awramow: Ein Fall von traumatischer Laesion der Chroidea. (Nr. 19).

A. Smakowski: Zur Behandlung der Herzschwäche bei Arteriosclerose. (Nr. 21 und 22).

Verf. ist der Ansicht, dass man im dritten Stadium der Arteriosclerose (nach A. Fraenkel) wo die Herzthätigkeit geschwächt ist (schwacher, unregelmässiger Puls, häufige asthmatische Anfälle, Kopfschwindel etc.) keine Analeptica wie Moschus, Castoreum, Veleriana geben soll. Im Gegentheil sind in diesem Falle Mittel indicirt, die das angestrengte Herz beruhigen. In Anfällen von Delirium cordis verschreibt S. gewöhnlich: Chlorali hydrati Natri bromati āā 4,0 Codeini 0,1 Aq. destillat, Sirup. cortic. aurant āā 45,0. 2 stündlich ein Esslöffel, bis Beruhigung eintritt. Auch soll man Morphiuminjectionen (0,006) nicht scheuen. Nachdem die Patienten sich beruhigt haben, verordnet S. kleine Dosen von Digitalis Strophantus und andere Cardiaca.

Abelmann.

Westnik Oftalmologii. Januar–Juni 1893.

L. G. Belljarminow (Petersburg): «Untersuchungen über die Diffusion (Aufsaugung) von Substanzen von Aussen durch die Augenhäute in das Augeninnere, mittelst der Colorimetrischen Methode».

Die fleissige und umfangreiche Arbeit erweitert in dankenswerther Weise die Kenntniss, auf welchem Wege Stoffe von aussen her in das Augeninnere aufgenommen werden und wie sich die Aufsaugung unter physiologischen, und nicht physiologischen Verhältnissen quantitativ verhält. Die Arbeit hat zunächst nur Interesse für den Physiologen, jedoch ist nicht daran zu zweifeln, dass auch der praktische Arzt werthvolle Belehrung erhalten wird, falls diese Untersuchungen, entsprechend modificirt, nunmehr auch an kranken Augen fortgesetzt werden. Dieses verspricht der Verfasser.

Die Methode, nach welcher die Untersuchungen ausgeführt wurden, ist in Kurzem folgende: Eine gesättigte Lösung gelben Fluorescins aus der Fabrik Merk mit 2 [illegible] lösung hergestellt wird in allen Versuchen angewandt. Die Lösung wird in den Conjunctivalsack (Kaninchen) eingeträufelt oder in verschiedenster Weise eingespritzt vermittelst der Pravaz'schen Spritze. Hat die Lösung 20 Minuten lang gewirkt, so wird nun mit einer feinen Nadel der Pravaz'[illegible]

Spritze das Kammerwasser aufgesogen. In allen Fällen war das Kammerwasser nach Ablauf dieser Zeit bereits gefärbt. Das gewonnene, gefärbte Kammerwasser kommt in kleine graduirte Glas-Röhrchen und wird nun nach seinem Farbentone mit einer Reihe von Fluorescinproben bekannter Lösung verglichen. Die vorbereitete Vergleichsreihe enthält eine Scala von Lösungen 1 : 1000, 1 : 2000, 1 : 3000, 1 : 4000, 1 : 5000 u. s. w. absteigend bis zu einer Verdünnung von 1 : 640000. In Summa hält die Reihe 29 Lösungen. z. B. einem normalen Auge eines Kaninchens wurden 0,3 Cubikcentimeter gefärbten Kammerwassers entzogen. Der Vergleich ergab, dass bis einer Fluorescinlösung von 1 : 192000 in der Färbung entspricht. Folglich waren von Fluorescin in die vordere Augenkammer diffundirt: $X = 0,3 \times 1/_{192000} = 0,0000015$ Gramm Fluorescin. Das gleiche Experiment bei verletzter Hornhaut ergab z. B. $X = 0,3 \times 1/_{24000} = 0,0000125$ Gramm, also 8,3 mal mehr als im ersten Beispiele. In dieser Weise untersuchte Belljarminow die Diffusionsfähigkeit normaler Augen sowie absichtlich vorher verletzter Augen. Ferner untersuchte er den Einfluss, welchen die Nerven auf die Aufsaugung haben. Zerschneidung des N. Sympathicus, Exstirpation des ganglion cerv. super. Reizung des N. Sympathicus; Zerschneidung des n. trigeminus und dessen Reizung wurden geübt. Einfluss erhöhten intraocularen Druckes, Einfluss des Cocains auf die Diffusion wurden ebenfalls berücksichtigt. Auch die Diffusion am todten Auge wurde bestimmt.

Die Resultate der Arbeit sind in Kürze folgende: Zunächst imbibirt die Fluorescinlösung das Epithel der Conjunctiva und Cornea und diffundirt dann weiter in die Flüssigkeit der conjunctivalen Lymphräume sowie der Saftkanälchen in der Hornhaut und gelangt so in die Augenkammer. Das Blutgefässsystem der Sclera und Conjunctiva ist für die Diffusion von geringerer Bedeutung. Verletzungen der Epitheldecken steigert die Diffusion. Zerschneidung des Nervus Sympathicus bedingt Herabsetzung der Diffusion, Reizung steigert dieselbe. Zerschneidung des Trigeminus bedingt sofortige Verminderung der Diffusion, jedoch nach $1^1/_2$ bis 2 Stunden steigt dieselbe wiederum und nach 24 Stunden ist die Steigerung der Diffusion eine colossale auch bei völlig intakten Epitheldecken. Reizung des N. Trigeminus schwächt die Aufsaugung. Vermehrter innerer Augendruck vermindert die Resorption. Cocain vermehrt die Diffusion, auch trotz Durchschneidung des N. Sympathicus. Das Cocain reizt die peripheren Endigungen des N. Sympathicus, wodurch der Augendruck herabgesetzt wird und in Folge dessen vermehrte Diffusion stattfindet.

Loshetschnikow (Moskau): «Zur Lehre von der Ophthalmia sympathica».

Der Erfolg, den mehrere Praktiker bei sympathischer Augenerkrankung vermittelst der intraocularen Einspritzungen von Sublimat erzielten, wird bekanntlich als Stütze der Deutschmann'schen Theorie angesehn, d. h. da die Sublimateinspritzung hilft, muss Deutschmann Recht haben, wenn er Microben als die Veranlasser und Verbreiter dieser Krankheit annimmt. Auf Grundlage seiner Beobachtungen am Krankenbette — eine Krankengeschichte wird ausführlich referirt — ist L. Gegner der Deutschmann'schen Theorie, und zweifelt am Heilerfolge, den die Sublimateinspritzungen bei der sympathischen sowie anderen Entzündungen des Auges haben könnten.

L. N. Katzaurow (Jaroslaw): «Die Haut der Quappe (Lota vulgaris Cuv.) als Material zur Blepharoplastik.»

K. fand, dass dieses Material eine hohe Lebensfähigkeit besitzt, dass es auf dem neuen Nährboden leicht anwachst, in der Folge nicht atrophirt oder resorbirt wird. K. bringt in Summa sechs einschlägige Krankengeschichten. Fall 1: 24-jähriges Mädchen. Beiderseitige Lidgangran in Folge sibirischer Pest. Vom 13. Februar bis 21. März vorbereitende Behandlung. Am 21. März Transplantation. Die Haut wird dem lebenden Fische in toto abgezogen — wie in der Küche — kommt dann in warme physiologische Salzwasserlösung. Die Granulationen auf den Liddefecten mit dem scharfen Löffel entfernt und sorgfältigst Blutstillung mit Sublimatwatte abgewartet. Dann aus den Bauchtheilen der Fischhaut entsprechende Stückchen geschnitten, dieselben auf ein Deckgläschen gebracht, mit der Cooper'schen Scheere etwaige Fett- und Muskeltheile entfernt und dann direct von Deckgläschen mit 2 Nadeln auf den Defekt gebracht und sorgfältigst ausgebreitet. Der Verband erst angelegt, nachdem die Oberfläche der transplantirten Stückchen Fischhaut anfingen ein trockenes Aussehen zu bekommen bei Abtrocknung mit Wattebäuschchen. Jodoform in feinster Form aufgepudert, darauf Staniol, stückweise entsprechend den überpflanzten Hautstücken, und alles bedeckt mit Jodoformmarly und Watte in Sublimat (1 : 5000) darüber Gummitaffet, trockene Watte und Marlybinden. Peinlichste Ruhehaltung. 3 Tage lang kein Verbandwechsel. Am 24. März Verbandwechsel. Vorsichtig Stück für Stück entfernt. Die Hautstückchen alle an Platz und glänzend. Das Pigment hat sich allein abgelöst. Verband wie am ersten Tage. Verbandwechsel weiterhin alle 3 Tage. Am 9. Tage zeigten alle überpflanzten Hautstücke eine gleichmässig rosenrothe Farbe, glatt und glänzend. Nach 2 Wochen begann von den Wundrändern her ein Ueberwachsen der Fischhautstückchen durch Epidermis. Im Laufe eines Monates hatte sich die Epithelschicht über den ganzen Defect ausgebreitet. Am 29. April konnte die Patientin entlassen werden. Im Juli stellte sich die Patientin wiederum vor. Der Befund war in jeder Beziehung günstig.

Fall 2. 43-jähriger Mann. Ectropium totale des oberen linken Lides. Am 28. März Lösung der Narben und Tarsoraphie. Am 29. der Defekt durch 4 Stücke Quappenhaut gedeckt. Dem lebenden Fische wurde nicht erst die ganze Haut abgezogen, sondern nur die nothwendigen Stücke abpräparirt. Technik und Verband wie in Fall 1. Alle Stücke heilten gut an. Die Lidrand-Verschlussnähte am 8. Tage entfernt. Heilung und Ueberwachsung durch Hautepithel normal. Am 14. April entlassen.

Fall 3. 27-jähriger Mann. Chirurgischer Fall. Complicirter Bruch des rechten Unterschenkels. Amputation im oberen Drittel unterhalb des Knies. Die Wunde heilte nicht. Ueberpflanzte Quappenhaut heilte gut an und in $2^1/_2$ Monaten war der ganze Defekt mit Epidermis bekleidet.

Fall 4. 20-jähriges Mädchen. Narbentrachom. Trichiasis beider Augen. Im oberen Lide des linken Auges ein penetrirender Fenster-Defect von 8 Millimeter Länge und 5 Millimeter Höhe. Nach Anfrischung der Ränder des Defektes wurde ein Hautlappen gebildet mit der Oberfläche gegen die Hornhaut gedreht, durch Nähte befestigt und auf die runde Seite des Lappens sowie in dem Defect Quappenhaut gepflanzt. Erfolg gut.

Fall 5. 20-jähriger Mann. Ectropium totale des oberen Lides in Folge von Caries nach Lues. Tarsoraphie. Nach 3 Tagen Quappenhaut in 3 Stücken aufgepflanzt. Heilung wie in den anderen Fällen. Nach einem Monat entlassen.

Fall 6. 61-jährige Frau. Trachoma, Trichiasis et pannus beider Augen. Die Trichiasisoperation am oberen Lide des linken Auges heilte nicht prima, sondern führte zu einem beträchtlichen Hautdefekt. Derselbe wurde dann wie in Fall 4 mit Erfolg geschlossen. In einem Falle versuchte K. die Bindehaut durch Quappenhaut zu ersetzen (ein Fall von Amyloiddegeneration der Conjunctiva) jedoch ohne Erfolg. K. empfiehlt sein Verfahren vorläufig also nur bei Defecten der äusseren Hautdecken. Ueber die Vorbereitungen zur Operation, Behandlung des Fisches, Abpräparirung der Haut etc. muss das Original nachgelesen werden.

J. Eliasberg (Saloniki-Türkei): «Ein Fall von Conjunctivitis crouposa complicirt durch einen Hornhautabscess. Ausgang in Heilung».

Salol wurde angewandt in folgender complicirter Art: in das Auge Atropinlösung und Jodoformpulver, auf das Auge Jodoformmarly reichlich mit Salolpulver bestreut, darauf angefeuchtete Jodoformmarly (in Acidi borici 15, Acidi Salycil 5,0 Aq. dest. 500) darüber Gummitaffetwatte und Binde. E. schreibt dieser Application den Erfolg zu.

O. Walter (Nishno-Tagilsk im Ural): «Bericht über die Augenkranken im N—T. Bergwerkshospitale von 1889 bis 1891».

3008 ambulante, 186 stationäre Patienten. Nur 9,4 pCt. aller Erkrankungen entfallen auf das Trachom. Von 123 senilen Cataracten kamen nur 27 zur Operation. Von 33 Glaucomfällen wurden 4 iridectomirt. Hemeralopie wurde an 146 Individuen beobachtet. Sehr bedeutend ist die Zahl der verschiedenartigen Verletzungen — in Summa 375 Patienten.

A. Orlowsky: «Bericht über die Augenkranken seines Privathospitals, belegen im Dorfe Manuilof Kreis Krementschuk des Poltawaschen Gouvernements für die Jahre 1890 und 1891».

1665 Augenkranke. Darunter 467 Trachomkranke. 198 Extractionen. 41 Iridectomien; letztere Operation zumeist ambulant ausgeführt. Auch eine Reclinatio cataractae hat O. ausgeführt, an einem Auge mit Maculae Corneae und ausgebreiteten hinteren Synechien, — weil die Extraction nicht gelang. Das erzielte Sehvermögen betrug Fingerzählen in der Nähe.

M. Reich (Tiflis): Nochmals zur «Ungefährlichkeit» der Conjunctivitis follicularis.

Polemischer Artikel gegen Professor Adamück (Kasan) unter dem Motto: Quousque tandem . . .!

Th. Kubli (St. Petersburg): «Zur Frage der Aetiologie der Hemeralopie».

Gegen Professor Adamück confer. dessen Mittheilung im November-December-Hefte 1892 des Westnik Oftalm. — hält

K. schlechte Ernährung bei schwerer Arbeit und starken Lichtreizen für die wichtigsten aetiologischen Momente dieser Erkrankung.

L. Talko (Rjasan): «Nachtrag zur Frage über Optographie».

Referat eines Vortrages des Prof. Morochowetz in Moskau über die Unmöglichkeit der Aufnahme eines Quasi-Portraits des Mörders im Auge eines Erschlagenen. Die auf der Moskauer photographischen Ausstellung 1892 exponirte Photographie war Nichts als eine grobe Mystification.

L. Talko: «Zur Geschichte der Brille in Russland».

Beschreibung einiger Brillen aus dem 17. Jahrhundert, welche von den Moskauschen Patriarchen getragen wurden und im Creml in der Schatzkammer der Patriarchen aufbewahrt werden.

K. Iskerski (St. Petersburg): «Wie vermindern wir die Augenerkrankungen in unseren Heeren?»

Es handelt sich um die unter den russischen Truppen so sehr zahlreichen Trachomerkrankungen. Er verlangt strenge Separirung aller wirklich Trachomkranker wie Trachomverdächtiger. Wo selbige sehr zahlreich, aber noch diensttauglich sind, solle man innerlich des Truppenkörpers — natürlich nur zur Friedenszeit — alle Trachomatösen zu taktischen Einheiten vereinigen und auch zusammen wohnen lassen. L. ist der Meinung, dass durch solche Maassregel das trachomatöse Virus nicht verstärkt werden wird.

N. W. Gagarin (St. Petersburg): «Ein Fall von Phthisis bulbi essentialis».

Bringt die genaue Krankengeschichte eines Falles dieser seltenen Erkrankung. 13-jähriges jüdisches Mädchen.

J. Eliasberg (Salonicki-Türkei): «Ein Fall von beiderseitiger parenchymatöser Keratitis, blenorrhoischen Ursprungs».

22-jähriger Mann. Leidet gleichzeitig an chron. Tripper. Gonitis gonorrhoica durchgemacht. Das linke Auge erkrankte im 12. Monate nach der Infection an parenchymatöser Keratitis, das rechte während der Behandlung des linken Auges. Eine blenorrhoische Conjunctivitis bestand nicht. E. glaubt im vorliegenden Falle hereditäre Lues ausschliessen zu können? und meint die parenchymatöse Keratitis sei gonorrhoischen Ursprungs gewesen (?) Bei Jodkaligebrauch und localer Behandlung wurde restitutio ad integrum in 3 Monaten erzielt.
Ich meine die Gonorrhoe hat Keratitis nicht veranlasst, wohl aber Lues.

R. N. Garnier (Odessa): «Ueber die Anaesthesie der Netzhaut».

Hysterie und Neurasthenie in deren Gefolge Furcht- und Wahnvorstellungen ja nie fehlen, halt G. für das Ursächliche dieser Sehstörung. Zur Erklärung der Krankheit eine anatomische Veränderung (Neuritis-Leber) anzunehmen sei unberechtigt. Psychische Beruhigung des Patienten ist die Hauptsache in der Behandlung und führen dieselbe meist zum Ziele. Die Krankengeschichten werden mitgetheilt.

L. Belljarminow (Petersburg): «Ein Fall von Retinitis pigmentosa complicirt durch Glaucom».

40-jähriger Bauer. Beide Augen erkrankt. Auf dem rechten Auge beide Erkrankungen starker entwickelt. Eserin war ohne jeden Einfluss. Eine Operation lehnte Patient ab. Diese Mittheilung auch in deutscher Sprache im Archiv für Augenheilkunde. Band 27. Seite 53 veröffentlicht.

Germann.

Chirurgitscheski Westnik. Mai. 1893.

F. G. Malis (St. Petersburg): Zur Anatomie der angeborenen Hernia cerebri.

Die vorliegende erste Hälfte der Arbeit enthält Auszüge aus der einschlägigen älteren Literatur bis auf Spring.

S. N. Djelitzin (St. Petersburg): Ueber künstliche Athmung.

Verf. bespricht nach einer kurzen Einleitung zunächst die physiologische Grundlage der künstlichen Athmung, die passive Abhängigkeit des Lungenumfanges von der Bewegung des Brustkorbes. Ferner würdigt er den Werth thoraco-, spiro- und manometrischer Messungen für die genaue Bestimmung der Lungencapacität, sowie die Methoden zur Messung der Bauchhöhle. Endlich beschreibt er den von ihm ersonnenen, in gleicher Weise zu spiro- und manometrischen Bestimmungen tauglichen Apparat, sowie die (7) Leichen, an denen er seine Versuche angestellt hat. (Fortsetzung folgt).

Stud. W. Malenjuk: Materialien zur Lehre der Transplantation von Knochengewebe zum Ersatz von Knochendefecten. Aus der chirurg. Facultätsklinik der Kaiserlichen Universität zu Charkow. Cap. II. Eigene experimentelle Untersuchungen.

Als Versuchsthiere dienten dem Verf. ausschliesslich Hunde, in deren Tibia, meist an der Grenze von Epi- und Diaphyse er mehr oder weniger ausgedehnte Defecte anlegte. Die decalcinirten Knochenspane, welche zum Ersatz dienten waren vom Rinde, nur dreimal vom Schaf gewonnen. In 10 von den Versuchen wurde vor der Transplantation die endgiltige Blutstillung abgewartet, so dass also in der Knochenhöhle neben dem Füllmaterial kein Blutgerinnsel sich bildete. Daran schliessen sich 2 Versuche, in welchen der Knochendefect nicht sofort sondern erst nach mehrwöchentlicher Eiterung und secundarer Auskratzung gefüllt wurde, sodass also das Füllmaterial in ein pathologisch verändertes Medium kam. In 4 weiteren Versuchen wurde in Gegentheil zu den vorigen die Bildung eines Blutcoagulums neben dem decalcinirten Knochen in der Höhle des Defectes angestrebt; in den nächsten 4 kam das Transplantationsmaterial in die schon granulirende Höhle, und in den letzten 2 Versuchen wurde letztere der Controlle wegen sich selbst überlassen. Vier Versuche, in welchen die Implantation nach vollständiger Entfernung von Periost und Knochenmark ausgeführt wurde, konnten wegen «unvorhergesehener Umstände» (wie Prof. Grube in einem Vorwort urtheilt, Verwundung der Hand des Verfassers mit nachfolgender Amputation des Vorderarmes) nicht vollendet werden. Auf die Resultate wird später einzugehen sein.

N. J. Andrejew: Zur Diagnose, Klinik und conservativen Behandlung der cystoiden Erweiterungen der Tuben und der chronischen Salpingo-Oophoritiden. (Schluss).

Verf. kommt zum Schluss, dass die conservative Behandlung durchaus ungenügend ist, dass aber auch durch die operative Entfernung der erkrankten Uterinanhänge noch nicht alles gethan, sondern eine balneotherapeutische Nachcur erforderlich ist.

G. J. Rodsewitsch (Nishni-Nowgorod): Die Steinkrankheit im Wolgathale.

Eine umfangreiche und überaus fleissige Zusammentragung des gesammten historischen und statistischen Materials über diesen Gegenstand, soweit er dem Verf. zugänglich war. Zum Referat ist die Arbeit nicht geeignet. Erwähnt sei nur, dass Verf., entgegen der herrschenden Meinung, für die Gouvernements Twer, Jaroslaw und Kostroma, also den Oberlauf der Wolga, ein nur mässiges Vorkommen der Steinkrankheit constatirt und derselben keinesfalls den Charakter einer local vorherrschenden Erkrankung zugesteht. (Fortsetzung folgt).

G. G. Nadeshdin: Zur Frage der Resection des Ellenbogens bei veralteter Luxation.

Mittheilung eines Falles von veralteter Luxation des Ellenbogens, wo die blutige Reposition mittelst osteoplastischer Arthrotomie nach Tiling wegen Verkürzung der Streckmuskulatur misslang, so dass die typische Resection vorgenommen werden musste.

G. G. Nadeshdin: Eine zweite Tracheotomie mit einem Schnitt. Kurze Krankengeschichte.

W. W. Potejenko: Kurzer Bericht über meine Thätigkeit im Bezirk Beresino des Tschernigow'schen Kreises.

Ohne besonderes Interesse.

Grubert.

Дозв. ценз. Спб. 20 Августа 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 6. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1893.

Bolnitschnaja gaseta Botkina № 15—30.

N. Tschistowitsch: «Ueber die neue Theorie der Osteomalacie von Petrone. Morphologische Veränderungen des Blutes bei einer osteomalacischen Person». (Nr. 15, 16.)

Bekanntlich hat Petrone auf Grund der bacteriologischen Forschungen Winogradski's die Theorie aufgestellt, dass die Osteomalacie eine Infectionskrankheit sei. Der Verlust an mineralischen Bestandtheilen der Knochen erklärt sich durch die lösende Wirkung der salpetrigen Säure, die durch die Lebensthätigkeit der Intrifications-Bacterien entsteht. An der Hand eines Falles unterzog Verf. die Winogradski'schen Beobachtungen einer Nachprüfung. Mehrmals wurde das Blut mikroskopisch untersucht, auch wurden Culturen nach der Methode von Winogradski angelegt. Weder in dem Blute noch in den Knochen und in den durch Operation entfernten Ovarien konnte Verf. die Mikroorganismen finden. Der Urin enthielt nicht die ngegebenen grossen Mengen von salpetriger Säure, so dass 'erf. diese Reaction durchaus nicht als specifisch ansehen ann. Die näheren Untersuchungen des Blutes, die im Verlaufe es ganzen Jahres fortgeführt wurden, ergaben: Die Bildung r rothen Blutkörperchen leidet zuweilen etwas, zuweilen er ist sie ganz normal, jedoch sind die Blutkörperchen arm Hämoglobin, so dass der Befund dem bei Chlorose ähnlich . Unter den Organen, die bei der Bildung der weissen Blutrperchen betheiligt sind, arbeiten die lymphatischen Appae energisch, es scheint, dass sie die verringerte Bereitung lerer Formen von Leucocythen (lienaler und myelogenen prunges) zu compensiren haben. Die Zahl der einkernigen icocythen ist verringert, ebenso die mehrkernigen, neutroen, wenn auch in geringerem Maasse; die eosinophilen en zuweilen in geringen Mengen vertreten (43—60 im Cmm.) eilen aber umgekehrt (309—335 im Cmm). Einen besonde- Einfluss der Castration auf die Menge der eosinophilen en konnte Verf. nicht finden.

.ussko w. «Zur pathologischen Anatomie der Influenza». Nr. 15—24).

rf., Prosektor am Marien-Hospital zu St. Petersburg bringt ausführlichen Bericht über 40 Fälle von Grippe, die zur on kamen; diese Fälle betreffen früher vollständig gesund sene Individuen. Bei der mikroskopischen Untersuchung illkürlichen Muskulatur fand er zuweilen einen Verlust uerstreifung, jedoch nur an einzelnen Muskelbündeln. In en fand K. Haemorrhagien in den Muskeln, und zwar die Haematome so umfangreich, dass in denselben ganze lgebiete aufgingen. Die nähere mikroskopische Unterig ergab, dass es sich um eine parenchymatöse Blutung te und zwar wahrscheinlicher Weise um eine Blutung pedesin. In den Gefässen fanden sich kleine Mikroorga; man muss nutritive Störungen der Gefässwand an. Da die Blutung immer eine einseitige war, so meint ier eine Läsion des sympathischen Centrums annehmen sen. — Pachymeningitis haemorrhagica interna consta. nur in einem Falle, wohl aber Hyperämie der Pia sehr 50 pCt.), in 2 Fällen sogar blutige Infiltration, in einem eningitis cerebralis suppurativa. In dem Fall von blufiltration der Pia war auch eine Blutung in den Seirikeln zu constatiren. — In den meisten Fällen fand Herzfleisch weich, brüchig, anaemisch. Bei der mikroen Untersuchung — starke Kernigung der Muskel- Verlust der Querstreifung, stärkeres Hervortreten der reifung, fettige Degeneration fehlte. In gefärbten Prä(aus Müllerscher Flüssigkeit) fand K. eine Vergrösse- Muskelkörner mit Veränderungen, die den bei Unphus constatirten, ähnlich waren. — Hyperämie und on des Pharynx und Larynx fand K. sehr häufig. Ein- Untersuchung erfuhren die Bronchen, deren Gefässd namentlich die Lungen. Verf. hebt ebenfalls die t der lobulären Entzündungen hervor. In 8 Fällen ine eitrige Infiltration, von diesen in 6 Fällen Commit Gangrän; sowohl die eitrigen, als auch die gan- Herde waren keilförmige mit der Basis zur Pleura. Klebs beschriebenen Capillarthrombosen fand K. nur d zwar in Form von Fibrinpfröpfchen; viel häufiger Venenthrombosen, seltener Arterienthromben. Die Verf. in den meisten Fällen verkleinert, nur 12 mal ucht bedeutende Vergrösserung zu constatiren, auch sch wurde dieselbe untersucht. Sehr häufig fanden Veränderungen in dem Magen-Darmtractus. Perito- K. nie, dagegen waren die Nieren fast immer afficirt (Näheres im Original). Interessante Casuistik ist der Abhandlung beigefügt. Verf. kommt auf Grund seiner zahlreichen Untersuchungen zum Schluss, dass der Befund bei Influenza in 2 Formen gefügt werden kann 1) hämorrhagische. 2) pyämische oder septico-pyämische Form mit eitriger und gangränöser Entzündung des Lungengewebes und häufigen Metastasen in verschiedenen Organen.

M. Jakowlew: «Noch 15 Fälle von hohem Steinschnitt». (Nr. 16 und 17.)

In allen Fällen mit günstigem Resultate.

R. Wreden: «Zur Aetiologie der Cystitis». (Nr. 17).

Auf Grund seiner klinischen und experimentellen Untersuchungen an Kaninchen gelangt W. zu folgenden Resultaten:

1. Läsionen der Afterschleimhaut beeinflussen die Blase nicht im Geringsten.

2. Jeder Epithelverlust der Schleimhaut des Rectums in der Höhe der Vorsteherdrüse und noch höher ist von einer Entzündung der Harnblase begleitet.

3. Der Grad des entzündlichen Processes der Blase und der Verlauf desselben steht in directem Verhältnisse zum Grade und Charakter der Mastdarmschleimhaut-Läsion.

4. In allen auf diese Weise erzeugten Fällen von Cystitis wurden im Harn die verschiedenen Mikroorganismen, die im Mastdarm der Kaninchen vegetiren, oder direct dort hineingebracht worden sind, wieder gefunden.

5. Werden, nachdem die Schleimhaut des Mastdarms lädirt worden ist, Fetttheilchen (Vaselin, Oel) in das Rectum gebracht, so finden sich dieselben in der Harnblase und im Harn wieder. — Die Untersuchungen wurden ausschliesslich an männlichen Kaninchen ausgeführt.

N. Uschinsky: «Zur Frage über die chemische Natur des Diphtherie- und Choleragiftes». (Nr. 17—19.)

Die sehr interessanten Versuche, die im Laboratorium von Prof. Straus (Paris) angestellt worden sind, ergaben, dass die pathogenen Mikroben in eiweissfreien Medien wohl cultivirt werden können, dabei ihre giftigen Eigenschaften nicht verlieren. Die Gifte können nach Verf. nicht zu der Klasse der Albumine, Globuline oder gar Nucleoalbumine gerechnet werden; die eigentliche giftige Wirkungen entfaltende Substanz muss wohl weniger complicirt sein. Wenn auch das Choleragift chemisch mit Nucleoalbumin leicht verbunden ist, so gelingt es doch letztere Substanz abzuspalten.

A. Kadjan: «Ueber Nephrorrhaphie» (Nr. 18—20.)

Ein Fall von Wanderniere, geheilt durch Nephrorrhaphie. Kritische Beleuchtung des in der Literatur vorhandenen Materials.

A. Lewin: «Zur Aetiologie der Cholera nostras». (Nr. 19 und 20.)

Verf. beschreibt 4 von ihm im Obuchow-Hospital im Frühling d. J. beobachtete Fälle, die ganz das Bild der asiatischen Cholera zeigten. (2 starben, 2 genasen.) In allen Fällen war der Bacillus coli communis zu finden, so dass Verf. der Meinung vieler Autoren, dieser Bacillus sei der Erreger der Cholera nostras, sich anschliesst.

K. Ssolontzew: «Künstliche Sandbäder bei Behandlung des Gelenkrheumatismus». (Nr. 20—22.)

Gewöhnlicher Flusssand wird auf 65°—70° C. erhitzt und auf die Bettdecke ausgebreitet. Gewöhnlich gebraucht man dazu 1—2 Pud je nach dem Alter des Patienten. Der Sand wird so lange durchgerührt, bis er allgemein die Temperatur von 60° C. erhält. Darauf wird die Sandschicht mit einer anderen Decke bedeckt, darüber ein Laken, und so wird der Kranke nackt eingehüllt. An den Fusssohlen, den Kniegelenken, den Schultern können noch Sandsäcke (60 C°.) gelegt werden. Die Temperatur des Sandes wird im Verlaufe einer Stunde durchschnittlich nur um 6 Grad niedriger. Patienten mit normaler Temperatur bleiben in diesen Sandbädern 30—60 Minuten ohne dass irgend welche unangenehme Erscheinungen auftreten; ist aber Fieber vorhanden, so klagen die Patienten nach 10—15 Minuten über Kopfschwindel, Herzbeklemmung. In 35 Fällen

wurden Temperaturmessungen an Patienten vor und nach dem Bade angestellt; durchschnittlich wurde eine Erhöhung der Temperatur um 0,53° C. beobachtet. Eine Stunde nach dem Bade fiel die Temperatur um 0,1—1,6° C. herab. Auch wurden Untersuchungen über die Zahl der Athmung, ferner über Gewichtsverhältnisse angestellt. — Die vom Verf. erzielten Resultate waren sehr günstig. Bei hohem Fieber wurde zunächst die Salicylbehandlung eingeleitet, und erst bei Nachlassen desselben die Sandbäder applicirt. Zuweilen wurde auch eine Combination beider Behandlungsmethoden vorgenommen, wobei immer eine Abkürzung der Krankheitsdauer beobachtet wurde. Nach Verf. sind die Sandbäder indicirt bei Fällen von acutem Gelenkrheumatismus ohne Fieber, in Fällen, wo das Fieber leicht durch Salicylpräparate beeinflusst wird, in allen Fällen von chronischem Gelenkrheumatismus ohne Muskelatrophie. Contraindicirt sind die Bäder bei schwachen, cachektischen Leuten (der starken Schweisse wegen), bei acutem Gelenkrheumatismus mit hohem Fieber, bei Patienten, die an starkem Herzklopfen leiden (compensirte Herzfehler geben keine Contraindication), bei Hautleiden und endlich bei Arteriosklerose.

G. Durduffi: «Ueber die Tripperinfection als ätiologisches Moment bei Erkrankungen des Nervensystems». (Nr. 21—24.)

Verf. giebt eine Uebersicht über die in der Literatur bekannten Fälle von Affection des Nervensystems bei Gonorrhoe. Die neueren Erfahrungen weisen darauf hin, dass es ausser einer localen Infection, auch eine allgemeine blenorrhagische Infection giebt, er schlägt vor die allgemeine Infection mit dem Namen «Morbus blennorrhagicus» zu belegen und unterscheidet eine acute und chronische Form. Das Nervensystem ist gewöhnlich in 2 Formen afficirt: Neuritis multiplex und Meningo-Myelitis.

N. Ketscher: «Ueber Cholera-Immunisirung mittelst der Milch vaccinirter Ziegen». (Nr. 22—26.)

Die Resultate des Verf. sind in Kurzem folgende: 1) Die Milch vaccinirter Ziegen besitzt immunisirende Eigenschaft. 2) Die Immunität tritt sofort nach Einbringung dieser Milch ein. 3) Durch den Magen gelingt es nicht diese Immunität zu erzielen. 4) Die Behandlung mit immunisirender Milch ist nur gleich nach stattgehabter Infection möglich. 5) Das Kochen der Milch zerstört völlig die immunisirende Fähigkeit, das Erwärmen bis auf 70° verringert dieselbe bedeutend. 6) Milchcasein besitzt dieselben Eigenschaften, wie die Milch. 7) Die immunisirenden Substanzen der Milch sind durch Alkohol fällbar. 8) Die Milch besitzt keine Choleravibrionen, desshalb beruht die Immunität auf directer Uebergabe fertiger Antitoxine. 9) Choleravibrionen wachsen sehr schön in Milch vaccinirter Ziegen. 10) Der Gehalt an Antitoxinen nimmt mit jeder Injection zu. 11) Die Antitoxine können in grossen Mengen in der Milch vorhanden sein trotz des Todes der Ziege durch die injicirte Menge von Choleraculturen.

J. Trautowski: «Zur Lehre von der acuten, Sydenhamschen Chorea». (Nr. 23—25.)

Erwähnung der prädisponirenden und ätiologischen Momente. Ausführlicher Bericht über einen in Behandlung gewesenen Fall. Negative Resultate mit Exalgin, positive mit Arsenik.

S. Tschurilow: «Die Fracturen des Schädelgewölbes. Ein Fall von complicirter Fractur des Schädelgewölbes mit Gehirnprolaps». (Nr. 24.)

Der Fall endete mit Genesung.

A. Kadjan: «Zur Casuistik der acuten inneren Darmeinklemmung». (Nr. 25—28.)

Verf. giebt einen ausführlichen Bericht über 5 von ihm im Obuchow-Hospital operirte Fälle von acuter Darmeinklemmung. 2 endeten lethal, 3 kamen durch. Die lethalen Fälle betrafen 2 Frauen, die erst sehr spät, 7 Tage nach eingetretenem Ileus zur Operation kamen. Die genesenen Fälle waren: innere Einklemmung des Dünndarms in Form einer Schlinge, complicirt mit serofibrinösem peritonealem Exsudat; Reposition en bloc einer Richter'schen, lateralen Hernie und Einklemmung des Colon transversum (das ein langes mesocolon hatte) durch den Rand des Omentum, dessen Theil in Folge von Befestigung an einem Bruchsackboden einen besonderen Sack bildete.

Betrachtungen über die Schwierigkeiten der Diagnose und über Operationsmethoden.

E. Saljessow: «Die Behandlung einiger incompensirter Herzfehler und Patienten mit seröser exsudativer Pleuritis mittelst Gymnastik und Massage». (Nr. 26—27.)

Behandelt wurden im Ganzen 15 Fälle. Die Resultate waren sehr gut. Näheres über die Art der Anwendung der Mechanotherapie ist im Original nachzulesen.

G. Borchow: «Ein Fall von cavernösem Angiom des Herzens». (Nr. 27.)

61-jähriger Mann. Zu Lebzeiten waren Symptome von Herzschwäche vorhanden. Der Tumor sass im linken Vorhof, 5 Cm. lang und 4½ Cm. breit. Der Beschreibung ist eine recht gute Abbildung beigefügt.

M. Luntz: «Zur Frage über die Bradycardie, complicirt mit epileptiformen Krämpfen (Adams-Stockes'sche Krankheit) allgemeine Uebersicht über Innervationsstörungen des Herzens.» (Nr. 28 und 29.)

Bei einem 50-jährigen Herrn traten anfallsweise epileptiforme Zuckungen mit Bewusstseinsstörungen auf, über deren Natur Verf. so lange in Zweifel blieb, bis es ihm gelang, einen Anfall anzusehen. Derselbe begann mit einem Schrei des Patienten, dabei wurde er sofort pulslos (25 Secunden lang), auch die Auscultation des Herzens ergab das Einstellen der Herzthätigkeit, nur zu Anfang und zu Ende des Anfalles wurden leise Töne constatirt. Die Anfälle häuften sich, in der anfallsfreien Zeit fühlte Patient starke Schwäche und Herzbeklemmung. 18—40 Pulsschläge in der Minute. Verf. gelang es sehr charakteristische und instructive Cardiogramme mittels des Dudgon'schen Sphygmographen aufzunehmen. Allmählich wurden die Anfälle seltner, (Therapie: Jodkali und Nitroglycerin) hörten schliesslich ganz auf, die Bradycardie jedoch bestand fort (34—60 in der Minute). Nach Verf. beruhen die epileptiformen Zuckungen und die Störung des Bewusstseins auf plötzlich eintretender Hirnanämie in Folge des Nachlassens der Herzthätigkeit.

R. Pawlowsky: «Zur Symptomatologie und Casuistik der polypösen Neubildungen der linken Vorkammer des Herzens. (Nr. 29—32.)

Bei einer 55-jährigen Frau wurde auf dem Sectionstisch eine Geschwulst in der linken Vorkammer an deren hinteren Wand befestigt, gefunden. Dieselbe hatte eine konische Gestalt, war 8 Cm. lang und 6 Cm. breit, die Consistenz weich, auf dem Querschnitt gelappt. Bei verticaler Haltung des Herzens hängt der untere Theil der Geschwulst durch das ostium in die linke Kammer hinein und zwar grade zwischen den Zacken der Mitralis. In beiden Lungen waren einige hämorrhagische Herde. Bei mikroskopischer Untersuchung ergab sich die Geschwulst als ein Myxom. Im Subarachnoidalraum, nam an der Basis des Gehirns, entsprechend dem türkschen Sattel, fand sich eine bedeutende Menge seröser, klarer Flüssigkeit. Interessant war der bei Lebzeiten aufgenommene Status: bei horizontaler Lage der Kranken waren Symptome von Mitralinsufficienz vorhanden, bei verticaler Stellung die der Mitralstenose. Häufig traten eigenthümliche Anfälle von Herzklopfen, Asthma, Cyanose verbunden mit Bewusstseinsstörung und starken Schweissen auf; auch periodisch auftretende Paresen, die bald die linke, bald die rechte Körperhälfte betrafen, bald völlig verschwanden, wurden constatirt. Die Anfälle von Herzklopfen können auf Einklemmung der Geschwulst zurückgeführt werden, ebenso leicht lässt sich das Streuben der Patientin gegen die sitzende Stellung erklären. Verf. führt alle in der Literatur bekannten Fälle von analogen Geschwülsten im linken Vorhof an, (7 Myxome, 3 Fibrome) dieselben ergeben, dass eine allgemeine Symptomatologie nicht existirt, im Gegentheil sind die Symptome äusserst variabl.

L. Ishboldin: «Ueber die Incubationsperiode der Varicellen». (Nr. 29 und 30.)

Verf. weist zunächst auf die Schwierigkeiten der Erkennung leichter Varioliden und schwerer Varicellen hin, was einige Autoren (Hochsinger) veranlasst hat beide Krankheiten zu identificiren und führt einige instructive Krankengeschichten vor. Einige Anhaltspunkte bei der Diagnosestellung kann die Incubationszeit bieten, dieselbe ist nach Angabe vieler Autoren bei Varicellen länger, als bei Variola vera. Auf Grund seiner Erfahrungen (die betreffenden Krankengeschichten sind beigefügt) nimmt J. für Varicellen eine Incubationsdauer von 14 Tagen an, für Variola von 11 Tagen, jedenfalls dauert das Incubationsstadium bei wahren Pocken nicht länger als 12 Tage. (Dieser geringe Unterschied in der Incubationsdauer beider Krankheiten wird wohl kaum diagnostisch verwerthet werden können. Anm. d. Rec.)

Abelmann.

Medicinskoje Obosrenje. № 11—13.

L. Jurkewitsch: «Monoplegie des Gesichts und der Zunge nach traumatischer Laesion der centralen Hirnwindungen». (Nr. 11).

Krankengeschichte nebst Sectionsbefund.

J. Ruslow: «Zur Casuistik der Erkrankung des Centralnervensystems bei Gonorrhoe». (Nr. 11).

Bei einer 26-jährigen Frau, die an Gonorrhoe und gonorrhoische Gelenkaffectionen litt stellten sich folgende Symptome ein: lancinirende, im Verlauf der nn. ischiadici ausstrahlende Schmerzen; klonische Krämpfe der Muskeln der unteren Extremität und des Bauches; rasch fortschreitende Atrophie der Oberschenkel- und Beckenmuskulatur, erhöhte Haut- und Muskelreflexe: im weiteren Verlauf völlige Paralyse der unteren Extremitäten, Parese der Harnblase und des Mastdarms. Decubitusbildung. Von Seiten des Herzens traten ganz interessante Symptome auf; diese bestanden in paroxysmenartig einsetzender functioneller Herzschwäche (Dilatation der Ventrikel, Stauungserscheinungen) und in plötzlich auftretender Tachycardie. Section wurde nicht gestattet. Verf. hält das ganze Krankheitsbild für eine acute Meningo-myelitis, die wohl zur Gonorrhoe in Beziehung stand.

A. Matwejew: «Ein Fall von Paralyse der unteren Extremitäten, der Harnblase und des Mastdarms geheilt durch Extension und Anwendung des Sayr'schen Corsets». (Nr. 11).

J. Spisharny: «Ein Fall von Verbrennung von 4/5 der Körperoberfläche mit günstigem Ausgange». (Nr. 11).

Die Behandlung geschah nach der von Bardeleben beschriebenen Methode (Einpudern mit reinem salpetersauren Wismuth). Verf. räth analog den Gypsbinden, Wismuthmarliebinden in solchen Fällen vorräthig zu haben.

J. Klewzow: «Zur Casuistik der Höhlen-Schusswunden». (Nr. 11).

Ein Fall von Schussverletzung der Lunge durch die conservative Methode geheilt.

W. Ljubinski: «Ueber das Wachsthum der Cholerabacillen ohne Sauerstoffzufuhr und über die Bedeutung der Anaerobiose in der Pathologie der Cholera». (Nr. 11).

Aus Grund seiner zahlreichen experimentellen Untersuchungen schliesst Verf.: die Cholerabacillen können auch ohne den Sauerstoff der Luft weitervegetiren, ihr Wachsthum aber wird verlangsamt, einige Gase können einen schädlichen Einfluss auf das Wachsthum der Culturen ausüben. Ungeachtet des verlangsamten Wachsthums bei Anaerobiose, steigt die fermentative Thätigkeit der Cholerabacillen, die Passage durch Anaerobiose verstärkt die Wachsthumsenergie der Bacillen; alte anaerobe Culturen enthalten wenige Kommabacillen, sondern fast ausschliesslich kleine kugelförmige Formen, die den Hueppe'schen Artrosporen ähnlich und sehr widerstandsfähig sind; die jungen anaeroben Culturen bestehen fast ausschliesslich aus Kommabacillen, sind aber im Vergleich zu den aeroben viel weniger resistent gegenüber schädlichen Einflüssen.

N. Marjantschik: «Ueber Wehen im Wochenbette». (Nr. 12).

Nichts neues.

D. Gorochow: «Ein Fall von Utero-vesico-vaginal-Fistel». (Nr. 12).

M. Blumenau: «Ueber primäre Gangrän des Rachens». (Nr. 12).

Fälle von primärer Rachengangrän sind äusserst selten, in der Literatur sind bis jetzt nur 10 Fälle (Maurin) bekannt Verf. beschreibt einen typischen Fall dieser Krankheit bei einem Soldaten; sie äusserte sich zunächst in einer begrenzten Nekrose der rechten Mandel, bald aber wurde diese völlig zerstört und der gangränöse Process schritt rapid auf die Gaumensegel und den Zungengrund vor. Die Krankheit dauerte 3 Wochen und endete mit dem Tode des Patienten. Vor dem Auftreten dieses Processes bestand 3 Tage lang eine leichte catarrhalische Entzündung des weichen Gaumens und des Kehlkopfes (Aphonie) Lymphdrüsenschwellung war nicht vorhanden, dagegen war die Gingiva stark geschwellt und blutete leicht. Temperatursteigerung bis 39,0. Bei der Section ergab es sich, dass die rechte Mandel und die rechte Hälfte des weichen Gaumens in eine stinkende, schwarze breiige Masse verwandelt war, ebenso der Zungengrund bis zur Epiglottis.

A. Buchschtab: «Ein Fall von Magenruptur». (Nr. 13).

Ein 22-jähriger Mann bekam mit einem Holzstück Hiebe auf den Rücken und Kopf. Bald darauf Besinnungslosigkeit, starkes Erbrechen. Bei der Section fand sich ein totaler Riss des Magens; keine geschwürige Processe. Ob die Ruptur durch das Trauma oder durch starkes Erbrechen zu Stande gekommen ist, lässt sich nicht entscheiden.

N. Rudnew: «Die Behandlung des Erysipels mit Thiolum liquidum». (Nr. 13).

Verf. hat im Militärhospital an 15 Fällen von Erysipel das betreffende Mittel geprüft und erhielt glänzende Resultate. Er verwandte eine 40%ige wässrige Lösung und pinselte zunächst die unmittelbar benachbarten Partien, erst dann die afficirten Hauttheile, 5 Mal täglich wurde die Pinselung ausgeführt. In 3 Fällen gelang es den erysipelatösen Process zu coupiren. Gewöhnlich sank die Temperatur bei Anwendung dieses Mittels bereits am 3—4 Tage herab, dabei trat niemals Recidive ein. Die frühere Behandlungsmethode mit Sublimatlösung 1:1000 und 1:500 gab keine so guten Resultate. Innerlich verordnet Verf. Chinin, häufig auch die Kampheremulsion nach Pirogow.

J. Ljubomudrow: «Bemerkung über die Wasserbehandlung der Ekzeme». (Nr. 13).

Kurzer Bericht über einen hartnäckigen Fall von Ekzem, der durch einige Schwefelbäder volllständig ausheilte.

T. Schabad: «Ueber einige Erscheinungen bei Infusion von Traubenzuckerlösung in's Blut». (Nr. 13).

Verf. hat Hunden verschiedene Lösungen von Traubenzucker ins Blut injicirt (v. dorsalis). Bei Injection stark concentrirter Lösungen trat gewöhnlich Temperatursteigerung und Tod des Versuchsthieres ein. Unschädlich ergab sich eine Lösung von 1:8 (12,5 pCt.). Als constante Erscheinung bezeichnet S. das Auftreten von Polyurie. Die Quantität des Blutzuckers wird zunächst erhöht, aber nicht auf lange Zeit. Mit dem Harn wurde nur ein Theil (weniger als die Hälfte) des Zuckers ausgeschieden. Diabetische Hunde vertragen die Injectionen sehr schlecht, der Zucker wird beinahe vollständig durch den Harn wieder entleert, und nur 10 pCt. des eingeführten Traubenzuckers wird von den Geweben assimilirt.

Abelmann.

Russkaja Medicina № 12—24.

S. Dombrowski: «Zur Behandlung der chronischen Gelenkwassersucht mit den Quellen von Slawjansk» (Nr. 11—13.

Verf. behauptet auf Grund seiner Beobachtungen, dass der chronische Hydrops articulorum durch Salzbäder heilbar sei; speciell leisteten ihm die Soolquellen von Slawjansk sehr gute Dienste.

J. Kusnezow: «Calomel bei croupöser Pneumonie». (Nr. 13.)

Verf. lobt die günstige Wirkung des Calomel (0,06 4 Mal täglich) bei fibrinöser Pneumonie. Das Mittel wurde entweder rein oder in Verbindung mit Goldschwefel gegeben; die Krankheitsdauer soll durch Calomel abgekürzt werden und die Erkrankung soll einen leichteren Verlauf annehmen.

P. Gamalej: «Ueber die Vegetation der Cholerabacillen im Wasser, unter dem Einfluss der Eintrocknung und der Feuchtigkeit». (Nr. 15.)

Verf. stellte eine grosse Reihe von Versuchen an, um die Frage zu entscheiden, welche Beimengung das Wasser ungeeignet für die Weiterentwicklung der Kommabacillen machen. Bei Hinzufügen zu 10 Ccm. Wasser 0,1 Salol, Naphtalin, Thymol, Ammonium salicylicum, ferner Salzsäure und Salpetersäure à 1 Tropfen, Kalkwasser 10 Tropfen, Kali causticum (1:10), Natron phosphoricum 0,1, Natron nitricum, entwickelten sich die Cholerabacillen nicht; schwache Entwickelung derselben beobachtete Verf. bei Hinzufügen von Phosphormolybdaensäure und weinsaurem Ammonium. Tyrosin und namentlich Pancreatin (0,1—0,02 auf 10 Ccm. Wasser) erwiesen sich für die Vegetation der Bacillen als sehr geeignet, dagegen hemmten Leucin (0,1—0,02) Glycocoll (0,02), Taurin, Allantoin, Asparagin die Entwicklung. In einer weiteren Reihe von Versuchen brachte G. verschiedene pathogene und nicht pathogene Bacillen (prodigiosus, butyricus, pyocyaneus, anthracis, diplokokkus Fridl. etc.) in ein Probirglas mit 10 Ccm. Wasser, sterilisirte das Wasser und versetzte es alsdann mit Choleraculturen. Er fand, dass unter solchen Verhältnissen die Entwicklung der Bacillen gehemmt wird. Um den Einfluss der Eintrocknung zu studieren, impfte G. sterilisirte Leinwandstücke mit Choleraculturen und brachte sie unter ein Glaskolben oder Exsicator. Schon nach 40 Stunden gingen die Bacillen zu Grunde, noch schneller im Schwefelsäure-Exsicator. Zum Schluss constatirte noch G. dass in feuchten Medien die Bacillen ihre Lebensfähigkeit 5 Wochen lang behalten, selbst bei Fehlen jeglicher Nährsubstrate.

M. Larionow: «Grüner Eiter bei einem Skorbutkranken». (Nr. 17).

Bei einem 24jährigen Soldaten trat nach einem Erysipel eine tiefliegende Phlegmone auf. Einige Tage nach der Operation nahm der abfliessende Eiter eine grün-blaue Farbe an, gleichzeitig damit verlor die Wunde ihre Neigung zu bluten. es bildeten sich gute Granulationen und die Wunde heilte rasch zu. Verf. hatte den Eindruck bekommen, als ob der blaue Eiter kein ungünstiges, im Gegentheil eher ein günstiges Symptom darstelle.

G. Rodsewitsch: «Ueber den Gebrauch des Schnaps im Allgemeinen; 2 Fälle von Vergiftung mit Fuselöl». (Nr. 16 und 17).

Auf Grund seiner Erfahrungen schliesst R.: Fuselöl wirkt selbst in kleinen Dosen toxisch, in grösseren Mengen kann es direct lethale Wirkungen entfalten; deshalb soll es gesetzlich als Gift anerkannt und sein Handverkauf verboten werden. Auch die äusserliche Anwendung des Fuselöls ist einzuschrenken, weil es keine heilende Wirkungen hat, blos stark reizende; in engen Räumen könnte es äusserlich angewandt doch in die Athmungswege gelangen und toxisch wirken.

W. Orlow: «Ueber die Entfernung der zurückgebliebenen Nachgeburt». (Nr. 17).

A. Trapesnikow: «Die antidiarrhoische Wirkung der Herba Polygoni avicularis». (Nr. 18).

Die verschiedenen Polygonum-Arten sind schon seit jeher als Volksmittel gegen Diarrhoe bekannt. Verf. hat Polygonum aviculare als Decoct (30:120,0) angewandt, und zwar in 23 Fällen von acuter und chronischer Diarrhoe. Meist war die Wirkung eine sehr gute und relativ rasch eintretend.

G. Prokofjew: «2 Fälle von Ovariotomie in der Schwangerschaft mit glücklichem Ausgange für Mutter und Frucht». (Nr. 19).

Casuistischer Beitrag.

L. Romanowski: «Zur Frage über die Mikroben des Recurrens und die Färbungsmethoden». (Nr. 21).

Nichts neues.

J. Zubkowski: «Die Behandlung der croupösen Pneumonie mit grossen Digitalisdosen». (Nr. 21).

Verf. findet, dass die grossen Dosen von Digitalis (nach Petrescu) bei Pneumonia fibrinosa ganz ungefährlich sind; bei keinem Patienten konnte Verf. Intoxicationserscheinungen wahrnehmen. Von allen nach dieser Methode behandelten Patienten starb Niemand; die Temperatur fiel jedes Mal nach Anwendung der Digitalis ab, gleichzeitig trat Euphorie ein. In ganz frischen Fallen von croupöser Pneumonie lässt sich die gute Wirkung dieser Behandlungsmethode besonders leicht verfolgen, indem häufig eine Abkürzung des Pocesses zur Beobachtung kommt.

D. Kossorotow: «Zur Casuistik des plötzlichen Todes von Kindern bei Hypertrophie der Thymusdrüse». (Nr. 22).

Ein 5 Monate alter, gut genährter Säugling, starb ganz plötzlich. Die Mutter wurde des Mordes verdächtigt. Die gerichtlich-medicinische Obduction ergab keine Zeichen irgend eines Gewaltgebrauches. In der Brusthöhle fand Verf. eine stark hypertrophirte Thymus (7 Cm. lang, 4 Cm. breit. 3 Cm. dick), deren linker Lappen als zungenförmiger Fortsatz auf dem Herzbeutel lag. Zeichen von Asphyxie waren vorhanden. Die Athmungswege frei.

W. Tichomirow: «Progressive Paralyse bei Frauen». (Nr. 24).

In der psychiatrischen Klinik zu Charkow kamen von 1886 bis 1892 60 Fälle von progressiver Paralyse zur Behandlung; unter diesen waren 56 Männer und nur 4 Frauen, von denen 3 nachweisbar an Syphilis gelitten hatten. Verf. bringt die Krankengeschichten dieser 4 Fälle und betont dabei, dass alle 3 syphilitische Frauen die Erkrankung von ihren Männern acquirirt haben. Die progressive Paralyse äusserte sich bei diesen drei Frauen in Grössenwahn bei der 4. waren Symptome von paralytischem Schwachsinn vorhanden.

D. Gromakowski: «In welche Organe gelangen die Choleramikroben bei Thieren, wenn die Culturen in die Bauchhöhle und den Dünndarm hineingebracht werden». (Nr. 24).

Die Schlussfolgerungen des Verf. sind: 1) Wenn vollvirulente Culturen von Cholerabacillen in die Bauchhöhle hineingebracht werden, so gelangen die Bacillen in die Leber, Nieren, Milz, Lymphdrüsen und Knochenmark; ist die Dosis so schwach, dass das Thier sie erträgt, so findet man nach 24 Stunden keine Mikroben in den genannten Organen. 2) Bei immunisirten Thieren sind ebenfalls keine Bacillen in den Organen zu finden; theilsgehen die Mikroben im Organismus zu Grunde, theils werden sie schon in der Peritonealhöhle von den Leucocythen vernichtet. 3) Bei Einspritzung von Choleraculturen in den Darm findet man nur dann Bacillen in den oben genannten Organene, wenn die Darmwände vorher chemisch laedirt worden waren.

Abelmann.

Chirurgitscheskaja Ljetopissj.

Band III. Heft 3.

P. Pogoshew: «Die Beziehung der Muskelerregbarkeit (Ritter-Rollet) zur Chirurgie».

Referat über neuere physiologische Arbeiten, die Beobachtungen von Ritter und Rollet über die Verschiedenheiten in der Erregbarkeit der Extensoren und Flexoren betreffend; P. räth die physiologischen Facta in der Chirurgie mehr zu verwerthen, z. B. für die Bildung von Haut-Muskellappen bei Amputationen.

S. Rudnew: «Der Staub und einige Gegenstände des Operationszimmers in bakteriologischer Beziehung».

R. hat seine Untersuchungen in der Klinik des Prof. Bobrow in Moskau gemacht. Die Methode war die «Absitzmethode», die üblichen Cautelen wurden genau beobachtet. Die äusseren Verhältnisse der Klinik sind recht ungünstig: das Gebäude ist seit 60 Jahren mit chirurgischen und inneren Kranken belegt, Operationszimmer und Krankenabtheilungen münden auf einen gemeinsamen Corridor. Die Untersuchungen der Luft im Operationszimmer, in dem acute grössere Verbände gewechselt werden, ergab folgendes. Um 9 Uhr Morgens setzen sich am wenigsten Mikroorganismen aus der Luft ab, ihre Zahl wird um 4 Uhr Nachm. am grössten, um dann wieder abzunehmen; an Operationstagen und nach Verbänden ist diese Zahl grösser als an anderen Tagen; seit der Fussboden nicht trocken gefegt, sondern feucht abgerieben wird, hat die Zahl der Organismen in der Luft im Ganzen abgenommen, die Zahl der Eitercoccen dagegen ist unverändert geblieben. In den Krankenzimmern sind am frühen Morgen, bei ruhiger Luft, am wenigsten Keime in der Luft, ihre Zahl steigerte sich bedeutend nach dem Aufräumen der Zimmer, nach Verbänden und zur Zeit, wo die Kranken von ihren Angehörigen besucht werden; in der Umgebung von Kranken, deren Verbände gewechselt worden sind, ist der Keimgehalt der Luft c. 3 Stunden lang grösser, als in anderen Theilen des Krankenzimmers. Die Zahl der Eitercoccen ist in den Krankenzimmern nicht grösser als im Operationsraum; mit steigender Zahl der gesammten Mikroorganismen nimmt die Zahl der Eitercoccen nur unbedeutend zu (am Morgen war das Verhältniss der Eitercoccen zur Gesammtzahl der Keime $^3/_4$:23, um 4 Uhr Nachmittags $2^1/_2$:52). Das Verstauben von Mikroorganismen beim Abnehmen von trocknen Verbänden lässt sich durch vorheriges Durchfeuchten der Verbände fast ganz verhindern. Sterilisirte Verbandstoffe werden schon nach wenigen Minuten, wenn sie unbedeckt sind, von der Luft aus mit Keimen inficirt, ja es genügt dazu das Hinübertragen aus dem 5 Arschin entfernten Sterilisationsapparat zum Operationstisch. Ein in Thätigkeit gesetzter Dampfpulverisator bewirkt ein schnelles Ansteigen der aus der Luft sich absetzenden Keime; das Maximum wird 2—4 Stunden (in verschiedenen Entfernungen) erreicht, darnach sinkt die Zahl der Luftkeime rapid.

P. Djakonow: «Ueber die Behandlung angeborener Hirnbrüche durch Excision».

Nach Hervorheben der Verdienste Skliffossowski's um die Therapie der Encephalocele und Meningocele recapitulirt D. 25 beschriebene Fälle, die operativ behandelt worden sind, und fügt einen noch nicht beschriebenen Fall von J. Witte (Hydrencephalocele an der Nasenwurzel, Excision, Tod an eitriger Meningitis) und einen eigenen Fall (Meningocele, Excision, Naht, Genesung) hinzu. D. hält die Operation für contraindicirt nur bei gleichzeitig bestehenden anderweitigen Missbildungen, die das Leben des Kindes unmöglich machen, und wenn die Geschwulst klein, von normaler Haut bedeckt ist, keine Neigung zur Vergrösserung zeigt und die Lücke im knöchernen Schädel nur klein ist. Alle anderen Fälle sollen operirt werden. Die Todesfälle sind alle auf ungenügende Aseptik zurückzuführen. Eine allgemeingültige Operationsmethode lässt sich bei der ausserordentlichen Verschiedenheit des anatomischen Befundes nicht angeben. Als typische und häufig zu verwendende Methode empfiehlt D. Abpräpariren der

Haut von der Geschwulst, Eröffnung des Bruchsacks (dura mater). Reposition etwaigen Inhalts. Abtragung des Sacks an der Basis. Naht der Dura und der äusseren Haut. Functionell unwichtige irreponible Hirntheile sind abzutragen, findet sich als Inhalt eine unentbehrliche irreponible Hirnpartie, so ist die Operation unvollendet zu lassen. Plastischer Verschluss des Knochendefects ist bei kleinen Kindern unausführbar.

J. Lang: «Ueber die diagnostische Bedeutung der Lage des Coecum und Colon ascendens bei Geschwülsten der Bauchhöhle».

Mittheilung zweier Fälle von Bauchtumoren, die aus der rechten Hälfte des Beckens entspringend (eine Ovarial- oder Parovarialcyste und ein von der rechten Seite des Uterus entspringendes sehr grosses Cystofibrom) sich intraligamentär, dann retroperitoneal entwickelt hatten und Colon ascend. nebst Coecum nach links verdrängt hatten, woraus diagnostische Schwierigkeiten entstanden. Beide Fälle wurden von Sklifossowski mit Glück operirt.

M. Margulies: «Ueber die operative Behandlung der Hämorrhoidalknoten».

Das im Odessaer jüdischen Krankenhause geübte Verfahren ist folgendes. Nach gehöriger Präparation des Kranken wird in Chloroformnarkose ohne vorherige Dehnung des Sphinkter ani die Mastdarmschleimhaut mit einer von Silberberg modificirten Luer'schen Hämorrhoidenzange dicht oberhalb der Analöffnung gefasst und vorgezogen, wobei auch die inneren Hämorrhoidalknoten nach aussen treten. Durch Contraction des Sphincter schwellen sie rasch an und können leicht einzeln in radiärer Richtung gefasst werden; dabei wird zur Vermeidung consecutiver Stricturbildung darauf geachtet, dass dazwischen Schleimhautbrücken stehen bleiben. Weiter werden die Knoten entweder an ihrer Basis mit einer Smith'schen Zange gefasst und mit dem Thermokauter abgebrannt oder die Basis der Knoten wird doppelt unterbunden und der in den Fenstern der Luer'schen Zange befindliche Theil des Knotens abgebrannt. Die äusseren Knoten werden ebenso behandelt, nur wird die äussere Haut vor dem Unterbinden etwas abpräparirt. Reposition der Darmschleimhaut. Das Einführen eines mit Jodoformmarly umwickelten Drainrohrs ist in letzter Zeit als beschwerlich und unnütz aufgegeben worden. Am 4—5. Tage nach der Operation wird Ricinusöl gegeben, die Ligaturen stossen sich bis zum 7—8. Tage ab die granulirenden Wunden heilen schnell. Die Ligatur und Cauterisation ist dem einfachen Abbrennen vorzuziehen, da keine Nachblutung vorkommt, nie Stricturen entstehen und die Heilungsdauer kürzer ist. Die Erfolge waren in 250 operirten Fällen sehr befriedigend.

An kleinen Mittheilungen enthält das Heft einen Fall von Chloroformtod (aus der Klinik von Prof. Ssinizyn), eine plastische Operation nach Abreissung des Scrotum und der Penishaut von Prof. Bobrow und einen operirten Fall von Ektopia vesicae von A. Matwejew.

Wanach.

Chirurgitscheski Westnik. Juni—Juli 1893.

G. J. Rodsewitsch: «Die Steinkrankheit in den Wolgagegenden». (Juni). — Fortsetzung.

Der vorliegende Abschnitt behandelt das Gouvern. Nishni-Nowgorod, aus welchem Verf. im Ganzen 1021 Fälle von Steinkrankheiten gesammelt hat. Bemerkenswerth scheint ihm vor Allem der Umstand, dass die Kranken ganz ausschliesslich grossrussischen Stammes waren, obgleich 7 pCt. der Bevölkerung nicht zu demselben gehörten.

J. F. Ssabanejew: «Ueber die Anlegung einer röhrenförmigen Magenfistel bei Verengerungen der Speiseröhre». (Aus dem Odessaer Stadthospital). (Juni).

Zur Vermeidung der bekannten Uebelstände der in gewöhnlicher Weise angelegten Magenfistel, namentlich des Ausfliessens von Mageninhalt, hat Verf. folgendes Operationsverfahren ersonnen: Durchtrennung der Bauchdecken in der Ausdehnung von 7—8 Ctm, von dem vorderen Ende der 9. Rippe an längs dem Rippenbogen; Aufsuchung des Magens und Vorziehung einer mittels Darmklemme gefassten Falte der vorderen Wand desselben aus der Gegend des Fundus über den Rippenbogen nach oben; Incision von 3—4 Ctm. Länge entsprechend der Spitze der vorgezogenen Falte (gewöhnlich an der sechsten Rippe 1 bis 2 Ctm. nach links von der linken Mamillarlinie); stumpfe Abtrennung der Weichtheile zwischen beiden Schnitten; Vernähung des Peritoneum parietale in der Bauchwunde mit der Serosa der Basis der vorgezogenen Magenfalte; Einnähung der Spitze der unter der Weichtheilbrücke durchgeführten Falte in die obere Hautwunde; Eröffnung des Magens durch kleinen Einschnitt an letzterer Stelle; Einführung eines mittels Serretine verschliessbaren Drains und Anlegung eines Verbandes mit leicht comprimirenden circulären Bindentouren.

Verf. hat nach dieser Methode 4 Fälle von Krebs der Speiseröhre operirt, den ersten im Mai 1890, worüber am 15. Sept. desselben Jahres seine erste Mittheilung in der Gesellschaft Odessaer Aerzte erfolgte (Wratsch 1890 Nr. 39). Lebensdauer nach der Operation 4 Tage bis 2 Monate. In 2 Fällen wurde durch die Autopsia vollständige Einheilung der Magenfalte in der neuen Lage constatirt. Die Ernährung derselben scheint durch die Knickung und Spannung nicht behindert zu werden. Die Fistel war 5 bis 8 Ctm. lang. Das Ausfliessen des Mageninhalts aus derselben ist leicht zu verhindern. Der Ernährungszustand der Kranken konnte zum Theil zeitweilig bedeutend gehoben werden.

W. W. Potejenko: «Kurzer Bericht über meine chirurgische Thätigkeit im Beresinschen District des Tschernigowschen Kreises». (Juni). — Fortsetzung.

Stud. W. Malenjuk: «Materialien zur Lehre von der Transplantation von Knochengewebe zum Ersatz von Knochendefecten». Aus der chirurgischen Klinik zu Charkow. — Fortsetzung. (Juli).

Im vorliegenden dritten Capitel beschreibt Verf. den Untersuchungsbefund an den seinen Hunden in bestimmten Zeitintervallen entnommenen Präparaten, zunächst bei den Versuchen wo die Implantation des decalcinirten Knochengewebes erst nach vollendeter Blutstillung stattfand.

Hierbei zeigte sich nach Verlauf von 5 Tagen das implantirte Material in der Knochenhöhle noch nicht fixirt, die Wandungen der letzteren sowie die umgebenden Weichtheile, abgesehen von einer unbedeutenden Erweiterung der Gefässe, unverändert, die erhaltenen Knochenbälkchen des Marks mit zelligen Elementen verschiedener Form und Grösse bedeckt. Diese letzteren haben längs den Capillaren eine längliche oder Spindelform, abseits von denselben eine mehr rundliche. Einige von ihnen haben Kerne, andere nicht; vielkernige Elemente sind gar nicht zu finden. Die decalcinirten Knochenstückchen erscheinen an den Kanten etwas abgerundet und sind von einer leicht ablösbaren, körnig. fibrinösen, schmutziggelblich-grauen Masse bedeckt, welche in Zupfpräparaten sich als aus Faserstoff, zelligen Elementen in verschiedenen Stadien des Zerfalls, Pigmentschalen, Fetttröpfchen und Detriten zusammengesetzt erweist. An den Knochenstückchen ist der centrale Theil unverändert, an den Rändern dagegen die Structur schon verwischt, und zwar um so mehr, je kleiner das implantirte Stück war. Die einzelnen Fasern schwellen an, verlieren ihre scharfen Contouren und verschwinden stellenweise schon ganz, ebenso wie die Knochenkörperchen. Gegen Farbstoffe verhalten sich die centralen und peripheren Partien verschieden, was namentlich bei Doppelfärbungen schon hervortritt.

An 10-tägigen Präparaten sind diese Veränderungen der Knochenstückchen noch weiter vorgeschritten, und gleichzeitig ist das Knochenmarkgewebe und die innere Schicht des Periost gewuchert unter reichlicher Granulationsbildung von Seiten der Weichtheile.

An 15-tägigen Präparaten ist die Auflösung und Resorption der implantirten Knochenstückchen noch weiter fortgeschritten, so dass stellenweise nur Spuren daran nachgeblieben sind. An den Wänden der Knochenhöhle und am Periost hat die Bildung von jungem Knochengewebe begonnen. Ebenso findet sich osteoide Portion inmitten des Granulationsgewebes in den Zwischenräumen zwischen den implantirten Knochenspänen, welche letztere stellenweise durch neugebildetes Knochengewebe untereinander, sowie mit den Wänden der Knochenhöhle und dem Periost verbunden sind.

An 20-tägigen Präparaten ist der grösste Theil der implantirten Stückchen schon ganz verschwunden, und der Rest allseitig von neugebildeten Knochengewebe umgeben. Die älteren neugebildeten Knochenbälkchen nähern sich in ihrer Structurschau normalem Knochengewebe.

In 30-tägigen Präparaten sind die implantirten Knochenspäne schon vollständig verschwunden. Die ganze Knochenhöhle ist von Knochenbälkchen erfüllt, die sich in ihrer Structur zum Theil von den Grenzgebieten des alten Knochens in nichts mehr unterscheiden. Zugleich hat die Differenzirung der Compacta begonnen, und man stosst zum ersten Mal auf vielkernige Riesenzellen-Osteoblasten.

Nach 40 Tagen findet man bereits eine klare Wiederherstellung des Markkanales der äusseren Form und der normalen Structur des Röhrenknochens am Orte der Implantation. Die Verdickung des Periost hat schon bedeutend abgenommen.

An 50-tägigen Präparaten ist die Rückkehr zur Norm nahezu vollständig. Dies gilt auch von den Versuchen, wo absichtlich pathologische Veränderungen der den Defect umgebenden Knochenpartien herbeigeführt wurden; nur dass hier der Mark-

kanal etwas enger, die Compacta dicker ist und ohne scharfe Grenze in die inneren Schichten des verdickten Periost übergeht.

In den Präparaten, welche bei den Versuchen gewonnen wurden, in denen Verf. absichtlich die Bildung von Blutgerinseln neben den implantirten Material herbeigeführt hatte, erwies sich eine beträchtliche Verlangsamung resp. Störung der Reorganisation des normalen Knochengewebes. Selbst nach 50-tägiger Dauer des Versuches waren die Knochenstückchen besonders in den centralen Theilen der Höhle zum Theil noch unversehrt. Vom Markkanal keine Spur. Die peripheren Theile der Knochenhöhle angefüllt mit neugebildetem Knochengewebe, welches hier und da noch halbaufgefaserte Stückchen des implantirten Materiales enthielt. Das Centrum der Höhle angefüllt von derbem Narbengewebe, das sich direct in die Narbe der äusseren Wunde fortsetzt. Das Periost nur wenig verdickt, in Sonderheit die innere Schicht desselben dünner und von mehr faseriger Structur. Die Bildung von Blutgerinnseln ist also keineswegs, wie Senn glaubte, ein für den Erfolg der Transplantation günstiges Moment.

Aehnlich ist der Verlauf bei Implantation in eine granulirende Knochenhöhle. Mit Beginn der narbigen Schrumpfung, kommt der Process der Auflösung und Resorption der Knochenstücke zum Stillstand, und nach 50 Tagen hat man ungefähr dasselbe Bild wie in der vorigen Serie. Die weitere Knochenbildung besteht augenscheinlich in einfacher Verknöcherung des narbig geschrumpften Bindegewebes. Der Markkanal wird nicht wiederhergestellt.

Wo garnicht transplantirt wurde, füllt sich der Defect mit Granulationen, und das Endresultat ist Narbenbildung. Neubildung von Knochengewebe trat nur in sehr beschränkten Maasse ein. Eine volle Verknöcherung der Narbe erfolgte nur bei kleinen Defecten.

N. M. Wolkowitsch (Kiew): «Materialien zur Frage vom Lipom des Kniegelenkes». (Juli).

Der grösste Theil der Arbeit enthält literärische Angaben. Dazu Beschreibung eines durch Arthrectomie gewonnenen eigenen Präparates, welches sich durch starke Entwicklung des subsynovialen Fettes auszeichnete, nebst längeren epikritischen Ausführungen.

N. N. Iwanow: Karl Karlowitsch Reyher. — (Schluss). Juli.

Schluss der Biographie Reyher's nebst ausführlicher, warmer Würdigung seiner Bedeutung und Verdienste.

J. G. Malis: «Zur Anatomie der angeborenen Hernia cerebri». — Schluss. (Juni).

Genaue Beschreibung der vom Verf. selbst untersuchten Fälle nebst epikritischen Schlussbemerkungen. Die Ergebnisse seiner Untersuchungen lassen sich in folgenden Sätzen zusammenfassen: Die Genese ist für alle drei Arten von Hirnbrüchen (Meningencephalocele, Encephalocele propria und Hydrencephalocele) identisch. Der Ausgangspunkt ist das Gehirn selbst und nicht der Schädel. Der Zeitpunkt der Entstehung nicht später als der dritte Embryonalmonat. Die Hirnbrüche sind meist paramedian, ziemlich gleichhäufig vorne und hinten, gelegen, gehen gewöhnlich nur von der einen Hirnhälfte aus und bedingen daher fast immer eine ausgesprochene Schädelasymmetrie. Doppelseitige symmetrisch gelegene Hirnbrüche sind äusserst selten.

S. N. Djelitzin: «Ueber künstliche Athmung». Anatomisch-chirurgische Skizze. — Fortsetzung. (Juli).

Im zweiten Abschnitt giebt Verfasser zunächst folgende Classification sämmtlicher Methoden künstlicher Athmung:

I. Methoden, durch welche die Athemmuskulatur des Kranken in active Thätigkeit versetzt werden soll, und zwar a) direct durch Faradisation der N. phrenici, b) reflectorisch durch Reizung der Haut und Schleimhäute.

II. Methoden zur Erzielung passiver Athembewegungen des Brustkorbes a) durch periodische Veränderungen der Körperlage (Marschall Hall, Schultze, Zander); b) durch periodische Verengerung und Erweiterung des Brustkorbes, 1) vermittelst directer Einwirkung auf Brustbein und Rippen (Howard, Schüller, Flashar), 2) durch Spannung der am Brustkorb inserirenden Muskeln und Bänder (Sylvester), 3) durch indirecten Druck auf das Diaphragma von den Bauchdecken her (Sanson).

III. Methoden zur directen Einführung von Luft in die Athemwege des Kranken a) durch Einblasen von Mund zu Mund, b) durch Einblasen in die Trachea mittels des Luftröhrenkatheters oder nach der Tracheotomie, c) durch Einblasen in Nase und Mund mittels des Vanderburg'schen Apparates.

Verf. geht dann näher ein auf die Methoden, welche auf Lageveränderungen beruhen, in specie die von Marschall Hall und Schultze. Die Veränderungen der Lungencapacität hängen nach den anatomischen Untersuchungen von Pansch von drei Factoren ab: der wechselnden Krümmung der Wirbelsäule, den Lageveränderungen der Baucheingeweide und den topographischen Beziehungen des Zwerchfells. Da diese Factoren nicht im gleichen Sinne wirken, sondern sich bei verschiedenen Lagen in verschiedenem Maasse gegenseitig beschränken, so ist die Entscheidung der Frage a priori unmöglich. Physiologische Untersuchungen (Woitrich, Panum, Bartels und Paulsen) haben indess gezeigt, dass die horizontale Körperlage der Expiration, die verticale der Inspiration entspricht. Dies ergiebt sich auch aus der klinischen Beobachtung, sowie aus den Versuchen des Verfassers. Brachte er die Leichen in sitzende Stellung, so erhielt er eine deutliche inspiratorische Schwankung des Manometers. Noch mehr bei Suspension am Kopf und besonders an den Armen. Suspension an den Beinen und Knieellenbogenlage gaben, eben wegen der ungleichen Wirkung der maassgebenden Factoren keine beständigen Resulate.

Was die practische Prüfung der Methode von Marschall Hall anbetrifft, so gab dieselbe an Leichen keine glänzenden und auch keine gleichmässigen Resultate. Zieht man dazu noch in Betracht, wie complicirt und ermüdend die Methode ist, so scheint dieselbe, wenigstens für Fälle von Asphyxie in der Narkose durchaus ungeeignet zu sein. Dasselbe gilt von der Modification der Schultze'schen Methode, welche Zander für Erwachsene ausgebildet hat.

Der nächste Abschnitt ist den Methoden gewidmet, welche direct oder indirect das Volumen des Brustkorbes zu beeinflussen suchen. Von den directen Methoden empfiehlt Verf. besonders die Schultze'sche als einfach, leicht ausführbar, sicher und wirksam. Zur Erlangung des grösstmöglichen Effectes fand er folgende Details von Wichtigkeit: 1) Der obere Theil des Brustkorbes muss erhöht und die Bauchdecken durch Beugung der Beine in den Hüft- und Kniegelenken erschlafft sein. 2) Der Arzt muss am Kopfende des Tisches und nicht links von demselben stehen, da nur im ersteren Falle seine Hände gradlinig den Rippenbogen angreifen können. 3) Letzteres muss möglichst nahe dem Sternum geschehen, damit sich von hieraus sowohl die oberen als die unteren Rippen zugleich bewegen lassen während man von den seitlichen Theilen der Rippenbögen aus zwar die Hypochondrien beträchtlich erweitert, aber auf das Volumen der Brusthöhle relativ weniger einwirkt, da ein grosser Theil der Kraft zur Biegung der Rippenknorpel verbraucht und nicht auf die oberen Rippen übertragen wird. 4) Nach der Inspirations- muss man eine ebenso energische Expirationsbewegung machen, ohne die Lage der Hände zu ändern, da auch die Verengerung des Thorax von der erwähnten Stelle aus stärker ausfällt, als von den seitlichen Theilen des Rippenbogens.

Gute Resultate gab auch die Methode von Flashar (rhythmische Compression des Thorax durch umgelegte Handtücher), doch hat sie den Nachtheil ohne Assistenz schwer ausführbar zu sein. Dagegen wurde Verf. wenig befriedigt durch die Methode von Howard, die zudem für den Arzt äusserst ermüdend ist, da derselbe rittlings über den Patienten knieend zu jeder Compression des Thorax den Oberkörper tief nach vorne neigen und dann plötzlich wieder aufrichten muss. Auch nach der Methode von Sanson ist nur ein mässiger Effect zu erzielen, nach den Experimenten des Verf. noch am besten, wenn die drückende Hand nicht auf das Epigastrium, sondern in der Nabelgegend aufgelegt wird, weil in letzterem Falle eine grössere Masse Baucheingeweide gegen das Zwerchfell angedrängt und dieses damit ausgiebiger gehoben wird. Zugleich wird hierbei auch eine vollständigere Entleerung der unteren Hohlvene erzielt, als im ersteren Falle.

Von den Methoden, die den Thorax durch Spannung, der an demselben inserirenden Muskeln und Bänder zu bewegen streben, verdient die geistreich ersonnene und mit Recht weit verbreitete Sylvester'sche bei Weitem den Vorzug. Verf. fand, dass man mit derselben das erreichbare Maximum leistet, wenn man die Arme des Kranken nicht einfach in der Richtung der Körperaxe hebt und senkt, sondern in einer zur letzteren schief von vorne und unten nach oben und hinten geneigten Ebene, so dass die Ellenbogen sich oben beim Hinterhaupt oder Nacken begegnen und unten zu beiden Seiten des Sternums gegen den Rippenbogen angedrückt werden. Es werden so einerseits die in Frage kommenden Muskeln am ausgiebigsten gespannt, andererseits der Thorax am energischsten comprimirt.

Die Modificationen der Sylvester'schen Methode von Pacini, Bain und Liégard (Heben der in verschiedener Weise angefassten Schulter nach oben, resp. oben, vorne und innen) stehen an Wirksamkeit weit hinter der ersteren zurück.

Grubert.

Дозв. ценз. Спб. 17 Сентября 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 7. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1893.

Russkaja Medicina № 25—36.

Rosenblatt: «Das Wesen der Adisson'schen Krankheit und neue Wege zur erfolgreichen Therapie». (№ 25 und 26).

Die Nebennieren zeigen in ihren Functionen sehr viele Analogien mit der Schilddrüse; Versuche, die in letzter Zeit von vielen Autoren angestellt worden sind, ergeben, dass nach Ausschaltung der Nebennieren bei Thieren sehr weitgehende Veränderungen im Nervensystem beobachtet werden. Verf. meint aus rein theoretischen Gründen, dass die Behandlung der Adisson'schen Krankheit denselben Weg einschlagen müsse welcher bei der Therapie des Myxoedems und der Tetanie schon so schöne Erfolge aufzuweisen hat — es müssen Versuche angestellt werden mit Einspritzung von Nebennieren-Extract oder mit innerlicher Darreichung frischer Nebennieren, ferner kann an Transplantation von Nebennieren gedacht werden.

J. Klewzow: «Ein Fall von Wanderleber». (№ 25).

Der Fall wurde bei einer 40-jährigen Frau, die einige Zeit zuvor einen heftigen Schlag in die rechte Brustseite erhalten hatte, constatirt. Als prädisponirende Momente führt Verf. die dünnen Bauchdecken und eine angeborene anormale Länge und Schwäche der Leberbänder an.

A. Grjasnow: «Ein Fall von primärem Erysipel des Pharynx mit secundaerem Befallensein der Gesichtshaut». (№ 26).

Der erysipelatöse Process befiel zunächst den weichen Gaumen und die hintere Pharynxwand, alsdann die Nasenschleimhaut und erst von dort aus ging er auf die Gesichtshaut über.

Pljuschkow: «Zink-Gelatine bei Behandlung von Schenkelgeschwüren». (№ 27).

Die Gelatine wurde nach den bekannten Angaben von Heidenhain (Zinci oxydati, Gelatinae āā 20,0 Glycerini, Aquae destillat āā 80,0) bereitet. Vor dem Anlegen des Zinkleimverbandes wurde die umgebende Haut gründlich gereinigt, das Geschwür mit Sublimat desinficirt und mit Dermatol bestreut; darauf wurde der ganze Unterschenkel mit der flüssigen Gelatine bestrichen und in Marlybinden eingehüllt. Verbandwechsel einmal wöchentlich. Die Resultate waren sehr gute. Der eintrocknende Verband übt einen gleichmässigen Druck auf die Extremität aus, regelt dadurch den Blutumlauf und die Ernährung des Beines.

G. Rodionow: «Aloe pictum, als therapeutisches Mittel». (№ 27).

Verf. hat das Mittel bei Behandlung der Lungentuberkulose angewandt. Statt des in Deutschland bekannten syrupartigen Präparates (mit Honig zubereitet) liess er direct die Blätter auspressen und von dem frischen Saft 5—8 Tropfen in Wasser 3—4 mal täglich gebrauchen. Die Resultate einer solchen Behandlung waren sehr gute. Zunächst wurde der Appetit bei den Patienten gehoben (was Verf. auf die Wirkung des in den Blättern vorhandenen Bitterstoffes bezieht), das Körpergewicht stieg bedeutend; dann aber konnte Verf. eine Besserung des objectiven Befundes beobachten: der Bluthusten und die Nachtschweisse verschwanden, häufig wurde völlige Sistirung des Hustens und der Schleimabsonderung beobachtet; auch der auscultatorische Befund besserte sich bedeutend. Verf. meint, Aloe pictum müsse in die Reihe der officinellen Mittel aufgenommen werden.

J. Debogori-Mokriewitsch: «Ein Fall von Idiosyncrasie gegen Morphium und Opium». (№ 27).

Bei einer 32-jährigen Frau traten nach Einnahme von 0,002 Morphium Vergiftungserscheinungen auf; dieselben äusserten sich in Aufregungszuständen und Herzschwäche. Dieselben Erscheinungen wurden schon früher bei der Patientin constatirt nach Einführung von 10 Tropfen Opiumtinctur in Clysmenform.

J. Feodorow: «Zur Frage über die Innervation der Geschlechtsorgane mit besonderer Berücksichtigung der Entwicklung von Retentionscysten im Uterus und den Eileitern». (№ 28).

Es wurden Versuche an Kaninchen und Hunden angestellt. Die Eileiter wurden an beiden Enden unterbunden, in das Lumen wurden pyogene Mikroorganismen hineingebracht. Da bekanntlich in den meisten Fällen von Tubenerkrankungen auch die Ovarien afficirt sind, so wurden in einer Reihe von Fällen auch die Eierstöcke experimentell laedirt, in einer anderen Reihe wurden sie exstirpirt. Die Versuchsanordnung wurde vielfach gewechselt (siehe Original). Auf Grund seiner Experimente gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen: die secernirende Function der Eileiter steht in keinem Zusammenhange mit der Eierstöcken-Function. Werden die Eileiter von den sympathischen Zweigen des plexus renalis isolirt, so wird die secernirende Function der Eileiter zerstört. Das Fehlen von Tuben-Retentionscysten in Fällen, wo günstige Bedingungen zur Secretansammlung vorhanden sind, ist von dem Zustande des nervösen Apparates der Tubenschleimhaut abhängig. Die Resection der Vagina in der Höhe des Fornix schliesst nicht die Möglichkeit einer Hydrometra-Entwicklung aus. Die Neurotomie der Zweige, die von dem Frankenhäuser'schen Plexus zum Uterus gehen zerstört unbedingt die secernirende Function des Uterus (es kann sich dann im unterbundenen Horn keine Hydrometra entwickeln). Der Frankenhäuser'sche Plexus ist das Centrum für die Innervation der Uterusschleimhaut.

W. Stroganow: «Bacteriologische Untersuchungen des Genitaltractus der Frauen zu verschiedenen Lebensperioden. Materialien zur Frage über den Schutz des Organismus gegenüber pathogenen Bacterien von Seiten des Genitaltractus». (№ 29—36).

Auf Veranlassung des Prof. Ott stellte S. experimentelle und bacteriologische Untersuchungen des Genitalcanals neugeborener Mädchen, erwachsener Frauen während ihrer Menstruation, und Frauen im Klimakterium an; ferner wurde auch der Abort zu den Untersuchungen herangezogen, eingehende Studien erfuhr der Cervicalcanal schwangerer Frauen. Die Resultate seiner Forschungen sind in Bezug auf die Vagina Neugeborener folgende: 1) Die Scheide ist meistens steril. 2) Schon in der ersten Zeit nach der Geburt beginnt die Einwanderung von Mikroben, so dass je mehr Zeit nach der Geburt verstrichen ist, um so weniger Individuen gefunden werden, die keine Mikroben im Genitalcanal besitzen; schon nach der ersten Wanne besitzen sie die meisten Mädchen. 3) Die Reaction des Vaginalsecretes ist sehr schwach-sauer, unter dem Mikroskop besteht das Secret aus Epithelial-Zellen. 4) Als Momente, die das Eindringen von Mikroben begünstigen, sind anzuführen: Wannen, Einfettung der Geschlechtstheile, Abwaschung derselben. 5) Mikroben, die Gelatine verflüssigen, finden sich selten. Von 44 Beobachtungen in den ersten 14 Tagen fanden sich nur 2, bei welchen die Verflüssigung eintrat. 6) Die Scheide der Mädchen ist ein günstiges Medium für die Mikroben. In der Frage über den Einfluss der Menstruation auf den Gehalt an Mikroben in der Scheide und dem Cervix, stellt S. folgende Schlusssätze auf: 1) Vor, während und nach der Menstruation enthält die Vagina eine Menge Mikroben. 2) Die Quantität ist in einigen Fällen geringer, in anderen grösser, sie scheint abhängig zu sein von der Qualität der Mikroben, ferner von der stärkeren oder schwächeren Blutstauung und vom Charakter des Blutes. 3) Die saure Reaction des Secretes im Scheidengewölbe wird bis zur neutralen abgeschwächt, kann sogar in alkalische übergehen. 4) Bei der Untersuchung des Cervicalcalcanals während der Menstruation ohne vorausgegangene Desinfection der Scheide wurde der Canal in der Hälfte der Fälle steril gefunden. 5) Bei vorausgegangener Desinfection der Scheide und des Scheideneinganges mit Alkohol und Aether, war in den meisten Fällen der Cervicaltractus steril. 6) Die Reaction des Cervix ist alkalisch. 7) 30%ige Gelatineculturen aus der Scheide und 9%ige aus dem Cervix blieben steril. 8) Die Verflüssigung der Gelatine trat in 14,3 pCt. aller Scheidenuntersuchungen ein. 9) Die Gelatineculturen aus dem Cervicalcanal wurden nicht verflüssigt. In Bezug auf das Verhalten der Scheide und des Cervix bei alten Frauen schliesst Verf.: 1) In allen Fällen enthält die Scheide massenhafte Mikroben. 2) Kokken, Diplokokken, Bacillen kommen vor. 3) Die Bacillen sind viel kleiner, als diejenigen welche in der Scheide menstruirender Frauen vorgefunden wer-

den. 4) Die Reaction des Scheidensecretes ist schwach-sauer, in der Nähe des Cervicalcanals häufig neutral, zuweilen alkalisch. 5) Nur in einem Falle (von 10) fanden sich gelatineverflüssigende Mikroben und zwar war ein Scheidenvorfall vorhanden. 6) In der Hälfte der Fälle entwickelten sich aus dem Secrete des Cervicalcanals auf Agar und Gelatine keine Mikroben. 7) Bei Prolapsus uteri entwickelten sich Mikroorganismen in allen Fällen. 8) Die Reaction des Cervicalsecretes ist alkalisch. In Bezug auf die Vagina und den Cervicalcanal Schwangerer fand Verf. Folgendes: 1) In der Scheide abortirender Frauen finden sich constant Mikroorganismen 2) und zwar, sowohl Bacillen, als auch Kokken und Diplokokken. 3) Die Reaction des Secretes ist bei starker Blutung alkalisch, bei schwacher neutral oder schwach-sauer. 4) Der Cervicaltractus enthielt meistentheils Mikroben, da alle Fälle pathologisch waren, wobei intrauterine Manipulationen ausgeführt wurden. 5) Je weniger diese letzteren angewandt wurden und je mehr Zeit nach denselben verflossen war, um so geringer war auch die Zahl der Mikroben. 6) Die Reaction des Cervix ist in allen Fällen alkalisch. Fernere Untersuchungen ergaben, dass die Produkte der Lebensthätigkeit der Scheidenbacillen für die pyogenen Staphylo- und Streptokokken deletär sind. Verf. suchte die Momente zu eruiren, welche die Sterilität des Cervicaltractus bedingen. Er verschaffte sich mit einem von ihm construirten Apparat (siehe Original pag. 547) Cervicalschleim und impfte darauf den weissen Staphylokokkus; in den meisten Fällen konnte er eine starke Verminderung der Kokken constatiren. Die Sterilität des Cervix ist nach Verf. bedingt durch die bactericide Eigenschaft des Cervicalschleimes und ferner durch die Menstruation vielleicht auch durch die Lochialausscheidungen. Die Untersuchungen an Kaninchen ergaben, dass deren Scheide die Fähigkeit besitzt pathogene Mikroben (Staphylo- und Streptokokken) rasch zu beseitigen. Schon in der zweiten Woche nach Einführung der Mikroben, finden sich dieselben nicht mehr. Die eingeführten Organismen bedingen in den meisten Fällen keine Veränderungen. Die Geburten und Schwangerschaft können dabei ganz normal verlaufen.

S. Tomaschewitsch: «Beobachtungen über die Wirkung des Methylenblau bei Malaria im 9. Grenadirregiment (in Wladimir). (№ 30).

Verf. hat an sich und an Soldaten die Wirkung des Methylenblau bei Intermittens studirt. Das Präparat (reines Methylenblau-Merck) wurde in Dosen von 0,1 4 mal täglich verabfolgt. Zwar konnten in einigen Fällen die Anfälle unterdrückt werden, jedoch wurde kein andauerndes Resultat erzielt, so dass T. zum Chinin wieder zurückkehren musste. Ihm selbst half das Mittel trotz 6-wöchentlicher Anwendung garnicht.

A. Schkljarewsky: «Ueber einen Fall von Behandlung des algiden Cholera-Stadiums mittels Eisbeutels». (№ 31).

Es wurde der Chapman'sche Beutel angelegt, und bald darauf besserten sich alle Erscheinungen des algiden Stadiums. Der Effect war ein eclatanter. S. räth in allen Fällen den Eisbeutel anzuwenden.

D. Kossorotow; «Ueber die Veränderungen des Nierengewebes bei Sublimatvergiftung». (№ 33, 35 u. 36).

Die Resultate seiner Untersuchungen bringt Verf. in folgenden Schlusssätzen zusammen: 1) Die Anfangsstadien der Nierenlaesion geben sich durch die starke Hyperaemie kund. 2) Bald darauf entwickeln sich Veränderungen des Nierenepithels, die für die parenchymatöse Entzündung charakteristisch sind. 3) Haemorrhagia und Glomerulonephritis sind bei der Sublimatintoxication gewöhnliche Erscheinungen. 4) Alle Veränderungen, die in den Nieren nach Sublimatvergiftung beobachtet werden, einschliesslich der Kalkablagerung sind für die in Rede stehende Intoxication nicht specifisch, sie treten auch bei anderen Nierenerkrankungen auf. 5) Es gibt keine besondere pathologo anatomische Sublimat-Niere.

Debogorij-Mokriewitsch: «Ein Fall von angeborenem Nystagmus mit leichten nickenden Bewegungen des Kopfes». (№ 33).

E. Gurin: «Ueber die Aufgaben und Sorgen der Medicin für das Volkswohl; über die Verbesserung der wirthschaftlichen Instrumente». (№ 34).

N. Orlow: «Zur Casuistik der Fremdkörper im Kniegelenke». (№ 34).

Es handelt sich um 2 Fälle von sog. Gelenkmäusen, entstanden nach einem Trauma. Durch Operation wurden dieselben entfernt.

A. Tzjechanowitsch: «Zur Behandlung der Furunkulose». (№ 36).

Verf. hat sehr gute Resultate von der Langdon'schen Behandlungsmethode mit Benzin gesehen. Zunächst wandte er Wattebäusche in Benzin getränkt an, ging aber später zur Pulverisation des Mittels über. Nach der Application von Benzin wird der Furunkel blass, sein Volumen nimmt ab, die locale Temperatur wird niedriger. In dem ersten Moment tritt ein Brennen ein, bald darauf aber Kühle und völliges Schwinden der Schmerzen. Die Heilung tritt rasch ein, häufig ohne Eiterung.

Abelmann.

Medicinskoje Obosrenje. № 14—18.

P. Teplow: «Ueber 50 Laparotomieen». (№ 14.)

Verf. bringt genaue Krankenberichte über die in den letzten 3 Jahren in dem Gouvernementshospital zu Kasan ausgeführten Fälle von Laparotomie: 17 Ovariotomieen, 9 Fälle von Exstirpation der Uterusanhängsel, 5 Fälle von Anheftung des Uterus an die vordere Bauchwand, 5 Myomotomien, 1 Fall von Unterbindung der arteria spermatica dextra, 1 Fall von wiederholter Laparotomie bei einem Ovarialkystom, 2 Fälle von Laparotomie bei chronischer Peritonitis, 5 Laparotomieen zu diagnostischen Zwecken, 2 Fälle von Bauchschnitt bei Extrauteringravidität (mit günstigem Ausgang). 1 Fall von Porro-Operation mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind, 2 Fälle bei Ruptur des Uterus. Die Mortalität betrug 18%.

I. Ljwow: «Die Winkel'sche Krankheit der Neugeborenen (Cyanosis afebrilis perniciosa icterica cum Haemoglobinuria)». (№ 14.)

Verf. hat in beiden ersten Monaten des Jahres 1893 auf der Lichatschew'schen geburtshülflichen Station zu Kasan 7 Fälle von Winkel'scher Krankheit beobachtet. Der erste Fall wurde am 7. Januar constatirt: 7-tägiger kräftiger Knabe. Mutter gesund. Behandlung des Nabelschnurrestes mit Glycerin. Nabelwunde rein. Kein Icterus. Am 16. Januar trat bei der Mutter auf der linken Brust eine Lymphangoitis ein mit geringer Temperatursteigerung, der Säugling wurde von der Mutter gestillt. Am 17. Januar entwickelte sich bei dem Säuglinge eine Cyanose. Haut und Schleimhäute wurden trocken, geringe Somnolenz, beschleunigte Herzthätigkeit. Temperatur in ano 36,3. Kein Erbrechen. Die Nabelwunde verheilt. Häufiges Uriniren, der Urin blauroth, die Ausleerungen braun. Rasches Sinken des Körpergewichts. Verfall der Kräfte. Zunehmen der Cyanose, leichte Convulsionen. Tod am 20. Januar. Die Section ergab: icterische Verfärbung der Haut, venöse Hyperaemie der Milz, Blutaustritte in den Harncanälchen. Im Urin waren eine geringe Eiweissmenge und Haemoglobin nachweisbar. — Nach diesem Fall wurde ein Monat lang keine Erkrankung weder bei den Wöchnerinnen, noch bei den Säuglingen beobachtet. Mitte Februar traten leichte puerperale Erkrankungen bei den Wöchnerinnen auf, gleichzeitig wurden bei 6 Säuglingen Krankheitserscheinungen constatirt, die ganz an das Bild der oben beschriebenen Affection erinnerten. Von diesen 6 starben 2, 4 erholten sich. Die Section ergab auch in diesen 2 Fällen: icterische Verfärbung der Haut und der inneren Organe, Stauungshyperaemie, Schwellung der Corticalis der Nieren mit kleinen Blutaustritten, Anfüllung der Harncanälchen in den Pyramiden mit Haemoglobinschollen, auf der Pleura, dem Endo- und Pericard, der Magenschleimhaut etc. Blutungen. In der Leber und dem Herzen — Fettdegeneration. Nur in einem Falle wurde eine Erkrankung der Nabelgefässe gefunden. Auf Grund seiner Beobachtungen hält L. die Winkel'sche Krankheit für eine septische Infection (das Fehlen der Temperatursteigerung spricht nicht gegen diese Anschauung, da Temperaturmessungen bei den Säuglingen überhaupt schwierig sind und es sehr wahrscheinlich ist, dass zu Anfang der Erkrankung Fieber vorhanden war). Was die Frage anlangt, auf welchem Wege die Infection stattfindet, so meint L., dass der erste Fall in dieser Beziehung sehr klar ist: das Kind brachte das infectiöse Agens mit der Milch der Mutter in seinen Magen. Ausserdem muss man noch in Betracht ziehen, dass, wie Ebstein gezeigt hat, die Schleimhaut der Mundhöhle der Säuglinge in den ersten Tagen im Zustande der Desquamation sich befindet und deshalb einer Infection leicht ausgesetzt ist. Für die anderen Fälle muss der Umstand in Betracht gezogen werden, dass 1) alle sich in einem Krankensaal ereigneten und 2) dass die Mütter gleichzeitig an leichten puerperalen Affectionen laborirten. Verf. schliesst sich der Küstner'schen Hypothese an, dass die Infection von der Luft aus stattfinden könnte.

I. Bataschow: «Zur Casuistik der Carcinome im Kindesalter». (№ 14.)

Beschreibung einer Krebsgeschwulst bei einem 13-jährigen Mädchen. Exstirpation. Kein Recidiv.

P. Tichow: «Zur Frage über die syphilitischen Affectionen der Muskulatur in der chirurgischen Praxis». (№ 15.)

Bei einer 38-jährigen Frau wurde eine apfelgrosse Geschwulst auf der rechten Wange, entsprechend dem rechten musc. Masseter beobachtet. Die Consistenz der Geschwulst war eine feste (fast knöcherige). Es waren keine Anhaltspunkte, die etwa an Lues denken liessen, vorhanden. Die Diagnose wurde auf ein Osteosarcom gestellt. Die exstirpirte Geschwulst zeigte unter dem Mikroskop das Bild der Myositis fibrosa syphilitica (nach Virchow) oder der Myositis syphil. interstitilis (nach Lewin). Verf. schliesst sich den von Bramann geäusserten Worten an, dass man in zweifelhaften Fällen doch nicht zu viel Zeit (durch eine antisyphilitische Cur) verstreichen lassen und lieber ein Gumma exstirpiren, als ein Sarcom zu gross wachsen lassen soll.

W. Murawjew: «Die graphische Methode als diagnostisches Hülfsmittel zur Erkennung der Schädelgeschwülste». (№ 15.)

Bei einer 36-jährigen Frau wurde ein Schilddrüsentumor und eine Schädelgeschwulst constatirt. Letztere befand sich im hinteren Drittel des rechten Scheitelbeines und zeigte Pulsationen. Etwas nach vorne von derselben sass noch ein Tumor, der viel kleiner war. Beide zeigten eine weiche, fast fluctuirende Consistenz. Von Seiten des Rückenmarks waren Compressionserscheinungen vorhanden: Paraplegia inferior, heftige Schmerzen in der Schultergegend, in die Beine ausstrahlend, trophische Störungen der Haut und der Musculatur der unteren Extremitäten, Sensibilitätsstörungen. Obstipation. Fehlen der Patellarreflexe. Von Seiten des Gehirns wurden folgende Symptome constatirt: heftige Kopfschmerzen, Stauungspapille, Paralysen des rechten abducens, des linken oculomotorius, des rechten facialis und des rechten acusticus. Es wurde die Diagnose auf Carcinomatose gestellt. Um zu entscheiden, ob die Schädelgeschwulst mit dem Gehirn communicirt, wurde der Marey'sche Cardiograph angewandt. In der That erhielt M. Curven, die nicht nur die Pulswellen zeigten, sondern auch die von den Athmungsphasen abhängigen Schwankungen wiedergaben. Da das Vorhandensein von Paralysen der Hirnnerven von der sichtbaren Schädelgeschwulst nicht in Abhängigkeit gestellt werden konnte, so musste angenommen werden, dass an der Hirnbasis carcinomatöse Metastasen sich entwickelt haben. Um dies zu entscheiden, wandte Verf. die von Gabritschewski angegebene Methode an. Bringt man auf den Schädel einen rasch sich bewegenden Körper, z. B. einen Kammerton, so führen die Schädelknochen entsprechende Schwingungen aus. Diese Schwingungen werden auf eine dünne elastische Gummimembran des sog. Pneumatoskopen übertragen und können in's Ohr des Untersuchers geleitet werden mittelst eines gewöhnlichen amerikanischen Stethoskopes. Wenn irgendwo am Schädel, in der Nähe des Schädelgewölbes eine Geschwulst vorhanden ist, so wird dieselbe den Knochenschwingungen hinderlich sein, desshalb wird der Ton an dieser Stelle schwächer, als an anderen Stellen sein. Bei der Patientin constatirte Verf. eine Abschwächung und Dumpferwerden des Tones, wenn der Kammerton auf die linke Schläfe gesetzt wurde. Es wurde desshalb vorausgesetzt, dass in dieser Gegend ein Tumor vorhanden sein müsse. Die Section bestätigte dies. Verf. ist der Meinung, dass die Gabritschewski'sche Methode angewandt werden könne zur Diagnose der Hirntumoren, die nahe dem Schädelgewölbe sitzen, ferner zur Diagnose von Gehirnabscessen und Abscessen des processus mastoideus; die graphische Methode ist in Fällen anzuwenden, wo es zu entscheiden gilt, ob eine pulsirende Geschwulst mit dem Gehirn communicirt oder nicht.

A. Borissow: «Ein Fall von anormaler Lage des Colon transversum». (№ 15.)

Die betreffende Schlinge zog sich vertical entsprechend der Mittellinie herab.

L. Jurkewitsch: Eine Anomalie der Lungenstructur. (№ 15.)

Bei der Section eines 37-jährigen Menschen fand J. folgende Anomalie: Beide Oberlappen sind vollständig getrennt von den anderen Lungenpartien und stellen gleichsam ganz gesonderte Organe dar, deren Form an die der Milz erinnert. Sie sind in einem Pleurasack eingehüllt. Jeder Oberlappen besitzt auf seiner inneren seitlichen Fläche seinen Bronchus, seine Arterie und zwei Venen. Der linke Unterlappen ist vollständig normal. Der mittlere und untere rechte Lappen zeigen die normale Verbindung, der mittlere ist jedoch mit dem Oberlappen in keiner Verbindung. Das ganze Lungenvolumen war viel grösser, als normal.

L. Michelson: «Ueber Lymphagoga». (№ 15.)

Bekanntlich hat Heidenhain die Hypothese über die Secretion der Lymphe aufgestellt. Die Mittel, welche die Lymphsecretion befördern, wurden von Heidenhain in 2 Gruppen getheilt. 1. Mittel, welche direct auf das Gefässendothel wirken, und dasselbe zur stärkeren Absonderung von Lymphe aus dem Blute anregen (Blutegel, Krebsmusculatur). 2. Mittel, welche den Lymphstrom beschleunigen, weil sie rasch aus dem Blute ausgeschieden werden (Zucker, Salze etc.). Verf. hat die Wirkung der ersten Gruppe von Mitteln studiert, indem er dabei Blutkörperchenzählungen anstellte, den Trockenrückstand bestimmte und ferner den Blutdruck. Es wurde ein Extract aus den Krebsmuskeln in die a. femoralis von Hunden injecirt. Die Resultate waren kurz folgende: die Zahl der rothen Blutkörperchen nimmt bis auf 1 Million im Ccm. zu, und zwar ist das bedingt dadurch dass ein grosser Theil des Blutwassers in die Lymphe übergeht, und so das Blut eingedickt wird. Der Blutdruck sinkt, wahrscheinlich wegen der Paralyse der Vasomotoren. Bald nach der Injection kann man eine Abnahme des Trockenrückstandes des Blutserums beobachten. Sehr interessant ist, dass alle Leucocythen verschwinden, es bleiben nur noch einige einkernige Lymphocythen zurück.

M. Nikiforow: «Zur Frage über die puerperale Eclampsie». (№ 16.)

Verf. hat in 2 tödtlich abgelaufenen Fällen von puerperaler Eclampsie eingehende mikroskopische Studien angestellt. Dieselben bestätigen die von Klebs, Schmorl und anderen Autoren neuerdings eruirten Thatsachen. In beiden Fällen fanden sich in der Leber zerstreut kleine Thromben der intralobären Capillaren, Nekrosen der Leberzellen, Haemorrhagien und Thromben der intralobären Capillaren, Haemorrhagien und Thromben in den Venenästchen. Auch in den Lungen fanden sich haemorrhagische Heerde und Thromben; in der Hirnrinde Thrombosen und Erweichungsheerde, dieselben waren zwar sehr klein, aber äusserst zahlreich und haben wohl gewiss die Hirnfunction beeinträchtigt. In den Nieren waren keine pathologischen Veränderungen zu constatiren. Als primäre Veränderungen spricht N. die zerstreuten Capillarthrombosen der Leber und die grösseren Thromben in den anderen Organen an; doch gelang es nicht einen Zusammenhang dieser Thromben mit der Einschleppung von Formelementen, z. B. von Leberzellen nachzuweisen.

M. Kalandarischwili: «Ueber die Temperaturverhältnisse bei Cholerakranken in algiden und typhösen Stadien in der Epidemie von 1892». (№ 16.)

An einer grossen Zahl von Cholerakranken (in Wladikawkas) wurden Temperaturmessungen in axilla und in recto angestellt. Verf. fand, dass die Temperatur in der algiden Periode sowohl in der Axilla, als auch in recto subnormal ist 36.6° Morgens, 35.95° Abends — in axilla; 36,45° Morgens, 36,9° Abends — in recto; das sind die Durchschnittszahlen, welche Verf. erhalten hat. Im typhösen Stadium war die Temperatur nicht febril: in axilla: 36,25° Morgens 36,45° Abends; in recto: 37,05° Morgens und 37,20° Abends. Ueberhaupt verlief die Choleraepidemie 1892 mit niedrigen Temperaturen.

A. Wwedenski: «Das Diaphragma pelvis und seine Bedeutung». (№ 16.)

Verf. gibt eine anatomische Beschreibung dieser Fascie und ihrer wichtigen Abtheilungen. Die Fascie dient als Punctum fixum für die in derselben eingeschlossenen Organe. Die Entleerung der Harnblase, als Effect der contractilen Thätigkeit der Detrusorfasern, die Entleerung des Rectum, als Resultat der Contraction der Längsfasern wären nicht vollkommen, wenn das Diaphragma pelvis nicht das Punctum fixum für die Detrusorfasern der Harnblase und für die Längsfasern des Rectum wäre.

A. Wwedenski: «Die Fascie des weiblichen Beckens nach Delbet und ihre anatomischen Eigenthümlichkeiten». (№ 16.)

Eine anatomische Studie.

L. Darkschewitsch und L. Malinowski: «Periphere Lähmung des facialis und des trigeminus bei Otitis media purulenta und die chirurgische Behandlung derselben». (№ 17.)

2 Krankengeschichten. Bei dem ersten Kranken beobachteten die Verf. periphere Lähmung des rechten facialis und

Anaesthesie im Gebiete des linken trigeminus: bei dem 2ten Kranken vollständige Lähmung beider Gesichtsnerven und Anaesthesie im Gebiete beider trigemini. Bei beiden Patienten bestand eine doppelseitige Mittelohreiterung. Der Zusammenhang dieser Affection mit den beschriebenen Paralysen war evident. Die Erfahrungen, die in den letzten Jahren gemacht worden sind (Minkowski, Darkschewitsch und Tichonow) weisen darauf hin, dass bei Otitis media purulenta der n. facialis parenchymatös erkranken kann (Neuritis parenchymatosa), auch in diesen beiden Fällen nehmen die Verf. eine parenchymatöse Neuritis des Facialisstammes und des Trigeminus an und sprechen die Ueberzeugung aus, dass bei frühzeitiger operativer Behandlung der Otitis media purulenta diese Nervenaffectionen rückgängig werden können.

Th. Omeltschenko. «Zur Histologie der Syphilis», (№ 17.)

Verf. hat im Institut für allgemeine und experimentelle Pathologie zu Kiew histologische Untersuchungen der Roseola, des papulösen Syphilides und des Inoculationsaffectes angestellt. Die Resultate sind: bei den Syphiliden besteht ein Neubildungsprocess auf Kosten der Mutterelementen der Mesodermschicht — des Endothels und der Bindegewebszellen. Dieser Neubildungsprocess beschränkt sich nur auf die subepithelialen Schichten der afficirten Haut. 3. Eine geringe Neubildung des Epithels wird nur in denjenigen Syphiliden beobachtet, welche bereits geschwürig zerfallen sind und dann nur in der Umgebung des Geschwürs, dabei ist in diesen Fallen die Wirkung eines sich anschliessenden Infectes mit pyogenen Mikroben maassgebend. Bei allen Syphiliden wird eine Durchtränkung der afficirten Gewebe mit serösem Exsudate, als Folge einer Stauung, constatirt. Die Veränderungen im Epithel sind gewöhnlich regressiver Natur (trübe Schwellung, Vacuolendegeneration der Zellen, Fettdegeneration). Der geschwürige Zerfall der Syphilide wird durch die degenerativen Veränderungen der Epithelialdecke beschleunigt. Die Riesenzellen sind für Syphilis nicht specifisch.

A. Pombrak. 2 Fälle von extra genitaler Syphilis. (№ 17.)

Im ersten Fall wurden zu gleicher Zeit Papeln auf der Lippe, Roseola auf der Haut und Gummata in den Knochen beobachtet (4-jähriges Kind); im 2ten Fall wurde ein Primäraffect auf dem unteren Lide constatirt (50-jähriger Mann).

D. Gorochow: «Harter Chanker auf der Wangenschleimhaut». (№ 17.)

A. Ljanz: «Ein Fall von Naevus verrucosus uniuslateralis (v. Bärensprung). Naevus linearis verrucosus (Unna) s. ichthyosiformis». (№ 17.)

Der Naevus entwickelte sich erst nach der Geburt und nahm nur die linke Seite ein. Irgend welche Nervenaffectionen wurden nicht constatirt.

M Strisower: «Zur Behandlung des Intermittens mit Methylenblau. (№ 17.)

In einem Falle, wo weder Chinin, noch subcutane Arsenikinjectionen dauernden Erfolg erzielen konnte, war das Methylenblau — Merck (in Dosen von 0,1 3 mal täglich) von eclatantem Erfolg.

S. Korshenewski: «Kurzer Bericht über das zweite Hundert von Cataractoperationen». (№ 18.)

Tabellarische Uebersicht.

A. Ssolowjew: «3 Laparotomien (? Ovarialkystome. 1 Extrauterin-Gravidität)». (№ 18.)

Es handelte sich um 1. Kystoma ovarii sinistri. Hernia umbilicalis. Ovariotomia. und Herniotomie — Genesung. 2. Kystoma ovarii intraligamentosum. Ovariotomia. — Genesung. 3. Graviditas tubaria sinistra; diagnostische Schwierigkeiten. Laporotomie. Genesung. Die ersten 2 Fälle wurden aseptisch behandelt.

O. Tiktin: «Zur Frage über die Rolle der Milz bei Recurrens». (№ 18.)

Die Versuche wurden an Affen angestellt. Nachdem Verf. ihnen die Milz exstirpirt hatte, wurde denselben subcutan einige Bluttropfen mit Recurrensspirillen injecirt. T. fand, dass die Affen auch nach Milzexstirpation im Stande sind, die Infection mit Spirochaeta Obermeieri zu widerstehen; sie werden nicht nur gesund, sondern erlangen auch zuweilen eine Immunität gegenüber der Krankheit. Die milzlosen Affen überstehen die Recurrensanfälle schwerer, als die normalen. Im Blute der milzlosen Affen konnten keine Erscheinungen der Phagocythose während des Anfalles beobachtet werden. Die immunen Affen behalten ihre Immunität auch nach der Milzexstirpation.

Abelmann.

Chirurgitscheski Westnik. August — September.

Stud. W. Malenjuk: «Materialien zur Lehre der Transplantation von Knochengewebe zum Ersatz von Knochendefecten». Aus der Klinik des Prof. Grube in Charkow. Fortsetzung. (August).

Das vierte Capitel handelt von den Regeln der klinischen Verwendung der Implantation decalcinirter Knochenspäne bei der Behandlung von Knochendefecten und -höhlen, wie sie sich aus den Experimenten des Verf. ergeben. Von den Originalvorschriften Senn's weichen dieselben in manchen Details ab. S. verwendet z B. vorzugsweise die Tibia des Ochsen und zwar die Compacta derselben. Verf. dagegen fand die Spongiosa aus den epiphysären Verdickungen der langen und platten Knochen mehr geeignet und erhielt die schönsten Präparate, die sich dem Aussehen nach von einem feinen weichen Schwamme fast gar nicht unterschieden, aus den Verdickungen der Beckenknochen. Die Spongiosa der Wirbelkörper dagegen ist nicht besonders geeignet. Von den Rinderknochen geben die von Thieren mittleren Alters die besten Präparate; die von alten Thieren sind schon zu derb, Kälberknochen aber enthalten wiederum zu viel Knorpelgewebe und rothes Mark, das sich nicht vollständig entfernen lässt und in der Wunde nicht gut resorbirt wird. Sehr schöne Knochenspäne erhält man auch von Hunden und Schweinen.

Die Knochen werden nun zunächst von den anhaftenden Weichtheilen befreit, — was man sich durch vorhergehendes Kochen mit Wasser oder schwacher (1—2 pCt.) Laugenlösung sehr erleichtern kann, — und dann in Lamellen von 2—4 cm. Breite, 6—8 cm Länge und höchstens 5 mlm. Dicke zersägt. Diese Lamellen müssen jetzt von dem in denselben enthaltenen Fett befreit werden, zu welchem Zwecke man sie erst 20—30 Minuten kocht und dann in ein alkalisches Gemisch von Aether und Benzol thut (Benzoli, Aetheris sulf. — aa. 100,0, Liq. ammon. caust. 10,0). Die Flüssigkeit muss im Ueberschuss aufgegossen werden.

Nach 24 Stunden nimmt man die Platten heraus, wäscht sie mit schwachem Spiritus ab und schreitet jetzt zur Decalcinirung. Dazu eignet sich von allen hierbei in Betracht kommenden Säuren nach vergleichenden Versuchen des Verf. am besten die Salzsäure in 2—3 pCtiger Lösung. In stärkeren Lösungen quellen die Knochenlamellen, wodurch die Entkalkung der centralen Parthien verlangsamt wird. Die Decalcinirung kann unter günstigen Verhältnissen in 15—20 Stunden vollendet sein, selten dauert sie 2—3 Tage, wenn es sich um sehr engmaschiges Knochengewebe mit sclerosirtem Mark handelt. In diesem Falle muss die Säure am 2. Tage erneuert werden. Wichtig ist mehrfaches energisches Umschütteln des Gefässes. Das Ende des Entkalkungsprocesses erkennt man daran, das keine Blasen von CO_2 mehr von den Knochenlamellen aufsteigen.

Die zubereiteten Plättchen bewahrt Verf. auf in physiologischer Kochsalzlösung mit Zusatz von etwas Salzsäure und Thymol (Aq. dest. 1000,0. Natr. chlorat., Glycerini puri aa. 60,0. Acid. muriat. conc. 5,0. Thymoli 1,0). Die von Senn zum gleichen Zwecke verwandte spirituose Sublimatlösung (1:500) beeinflusst im ungünstigen Sinne die Resorbirbarkeit der Knochenspäne, ebenso Jodoformlösung.

Unmittelbar vor dem Gebrauch wäscht man die Lamellen in schwachem (50 pCt.), alkalischem Spiritus (Spirit. Vini diluti 100,0, Natr. caust. 10,0) aus, zerschneidet sie dann in möglichst kleine Stückchen, spült diese mehrmals mit steriler Kochsalzlösung ab und thut sie dann bis zur Implantation in Carbollösung (Glycerini puri 30,0. Aq. dest. 100,0, Acid. carbol. 3,0). Zur Implantation werden sie dann wieder in Kochsalzlösung abgespült, auf aseptischen Compressen leicht abgetrocknet und nun unter möglichster Vermeidung von Blutungen in die Knochenhöhle übertragen. Letztere muss absolut aseptisch, allseitig genügend aufgefrischt und frei von Blutgerinseln sein. Tritt bei der Implantation eine stärkere Blutung auf, so entferne man lieber die Knochenspäne wieder, tamponire und warte bis zum nächsten Tage. Ist die Blutung unbedeutend, so verhindere man durch Berieselung mit physiologischer Kochsalzlösung die Bildung von Gerinseln zwischen den Knochenspänen bis die Blutung steht. Nachher drückt man dann die Späne an und ersetzt etwa durch den Flüssigkeitsstrom verursachte Lücken.

A. S. Baranow: «Zur Frage von dem Einfluss gewisser Gewerbe auf die Schwindsucht-Sterblichkeit». (Juni — Juli).

Umfangreiche Arbeit. welcher das statistische Material der St. Petersburger Stadtverwaltung f. das Decennium 1881—1890 zu Grunde gelegt ist.

G. J. Archangelski: «Die Cholera in Petersburg in früheren Jahren. (August — September).

Medicinisch-historische Skizze, nebst einigen practischen Vorschlägen.

A. A. Lipski: «Die Sanitäts-Revision der Stadt St. Petersburg». (Aug. — Sept. Dec..).

Darlegung der ergriffenen Maassnahmen zur sanitären Controlle der Stadt.

N. S. Wirenius: «Zusammenhang der Hygiene mit der Pädagogik». (Aug. — Sept).

K. N. Puritz: «Die Lehre von der Vererbung». (August — Sept. — Dec.).

Biologische Skizze.

A. S. Jakobi: «Pocke und Pockenimpfung» (Octob.).

Vorschläge zur Einführung einer geregelten Aufsicht über die Pockenimpfung im Reiche.

D. M. Uspenski: «Einfluss St. Petersburgs auf die Gesundheit der in ihm stationirten Truppen». (Oct.).

Der Verf. war in der Lage die Gesundheitsverhältnisse der Petersburger Stadt-Garnison mit denen der ausserhalb der Stadt stehenden Truppen für mehrere Jahre ziffernmässig vergleichen zu können, wobei er zu dem Resultate gekommen ist; dass die Stadt-Truppen in jeder sanitären Beziehung bedeutend ungünstiger gestellt sind, als ihre ausserhalb untergebrachten Kameraden.

A. S. Schtscherbakow: «Ergebnisse der Untersuchung der Lernenden in der jüdischen Talmud-Tora-Schule zu Rostow am Don». (Oct.).

Verf. glaubt die im Vergleich mit der übrigen Schuljugend ungünstiger ausgefallenen Messungen in der jüdischen Schule durch folgende drei Factoren genügend erklären zu können: 1) Mangel physischer Ausbildung. 2) Zu lange Unterrichtsdauer. 3) Die unhygienischen Stadtverhältnisse — in erster Linie die schlechte Luft.

P. J. Grazianski: «Unschuldige Wege und Arten der Ansteckung und Verbreitung von Syphilis». (Nov.).

Populärer Vortrag.

S. P. Troizki: «Ueber den Einfluss der Ssakischen Schlammbäder auf den N-umsatz und die Assimilation der N-haltigen Bestandtheile der Nahrung». (Nov.).

Im Allgemeinen sinkt während der Badeperiode die N-ausscheidung und steigt die Assimilation.

A. W. Alexejewski: «Wie hat man gegen die Cholera anzukämpfen». (Dec.).

Die Abhandlung enthält unter anderen interessanten Mittheilungen aus der Praxis neue Belege dafür, dass sich bei aufmerksamer Beobachtung die Verbreitung der Cholera durch Trinkwasser direct nachweisen lässt.

N. Th. Zdeckauer: «Ueber die Cholera». (Jan.).

Aus dem Vortrage, welchen der Nestor der russischen Aerzte auf der Schluss-Sitzung des Choleracongresses gehalten hat, ist als allgemeininteressant hervorzuheben, dass die erste Section einer Choleraleiche in Europa im Jahre 1822 von Doctor Smirnow in Orenburg ausgeführt worden ist, und dass bereits 1874 Dr. Nedswezki in einer Monographie «Zur Mikrographie der Cholera» (Dorpat) angiebt, im Cholerastuhl bei 800 facher Vergrösserung Bacterien gefunden zu haben: runde, kettenbildende und stäbchenförmige, häufig gekrümmte, mit verdickten Enden.

E. W. Pawlow: «Die kriegssanitäre Bedeutung der Bewaffnung der Armee mit klein kalibrigen Gewehren». (Jan.— Febr.).

Umfassende experimentelle Arbeit.

1) Resumé: 1) Verwundungen sind auf bedeutend grössere Entfernungen hin möglich,

2) die Wahrscheinlichkeit, dass die Kugeln treffen, ist eine grössere,

3) die penetrirende Kraft der neuen Gewehre ist eine grössere, selbst bei weiten Entfernungen; daher werden auch die penetrirenden Wunden häufiger vorkommen.

4) Trotz der merklichen Verringerung des Kalibers der Mantelprojectile, bleiben ihre Verwundungen doch schweren Characters.

5) In den Fällen, wo die Kugel eine Deformation erleidet, behalten die Verletzungen nach wie vor den Character von Sprengwunden.

6) In dem Maasse der gegenseitigen Annäherung der Kämpfer muss die Wahrscheinlichkeit der Verwundungen steigen.

Th. S. Pasternazki: «Einwirkung der Bäder von Narsan auf die Blutcirculation». (Jan. — März).

Noch unbeendet.

M. Th. Leschtschinski: «Ueber die sanitäts-statistischen Erhebungen in den bevölkerten Gegenden des Reiches nach dem Karten-System». (Jan.).

G. N. Nossowitsch: «Material zur Regelung der Soldatenbeschäftigung in Friedenszeiten». (Febr.).

Experimentelle Studien über den Einfluss verschiedener Beschäftigungs- und Ernährungstypen auf das Gedeihen der Soldaten.

M. M. Halberstam: «Die kaukasischen Mineralbäder im Jahre 1892». (Febr.).

A. W. Pogoshew: «Juridische Missverständnisse in der sanitären Fabriksbeaufsichtigung». (Febr.).

W. Th. Kostjakowski: «Neue Methode zur Gewinnung von Glykogen aus Leber und Muskeln von erwachsenen Thieren und Embryonen; Bedeutung des Glykogens in der Zusammensetzung des Muskelplasmas». (März).

Um während der Extraction jede Fermenteinwirkung auf das vorhandene Glykogen auszuschliessen, wendet Verf. zwei Mittel an: niedrige Temperatur, ungefähr um den Gefrierpunkt des Wassers und schwache Mineralsäurelösungen. In der weiteren Bearbeitung benutzt er dann die bereits vorhandenen Methoden.

K. J. Bobrizki: «Die Choleramaassnahmen und die Choleraepidemie von 1892 in den Vorstädten von St. Petersburg und in dem St. Petersburger Kreise überhaupt». (März — Mai).

J. T. Neustab: «Die Cholera in der Stadt Ekaterinoslawl». (März).

D. P. Nikolski: «Die Choleraepidemie von 1892 und die Maassnahmen gegen dieselbe im Schlüsselburger Vorstadtbezirk von St. Petersburg. (März).

J. E. Janson †. Das Aprilheft bringt den Abschluss des Werkes über die «vergleichende Bevölkerungs Statistik» welches an sich einen starken Band ausmacht.

Gleichzeitig enthält das Heft das Portrait und einen Nekrolog des hochverdienten Gelehrten.

Wladimirow.

Довв. ценз. Спб. 30 Октябрь 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

Die weitere Behandlung der Wunde hat, mit den gegebenen Verhältnissen rechnend, möglichst vollständige prima intentio anzustreben. Der Verband für Aseptik, leichte Compression und Ruhe des operirten Gliedes zu sorgen. In seltenen Fällen werden gegen Ende der Wundheilung einzelne nicht resorbirte Knochenspäne durch Eiterung eliminirt. In diesem Falle entfernt man sie mit dem scharfen Löffel, und kann sie nach gelungener Desinfection durch neue Spänchen ersetzen. Bei frühzeitiger Eiterung dagegen muss man eben die ganze Höhle wieder ausräumen und von neuem in aseptischen Zustand zu bringen versuchen.

S. N. Djelitzin (St. Petersburg): «Ueber künstliche Athmung». (August) Schluss.

Der letzte Abschnitt der Arbeit behandelt die Methoden zur directen Einführung von Luft in die Luftwege des Kranken. Von diesen Methoden ist nicht eben viel zu sagen. Das directe Einblasen von Mund zu Mund kommt selbstverständlich überhaupt nicht mehr in Betracht. Der Katheterismus der Luftwege hat seine Vorzüge und Indicationen (Entfernung von eingedrungenen Flüssigkeiten), ist aber ohne Tracheotomie keineswegs leicht auszuführen und kann durch Abweichen des Katheters in die Speiseröhre leicht zu Täuschung des Arztes Anlass geben. Die «forced respiration» Vauderburg's endlich ist augenscheinlich nicht ohne Gefahr für das Lungengewebe und hat bereits zu Complicationen von Seiten der Ohren geführt. Allen diesen Methoden aber fällt der Umstand zur Last, dass sie im Gegensatz zu den Methoden der II. Gruppe auf den Blutumlauf nicht die für letztere neuerdings von Kraske studirte günstige Wirkung ausüben.

Was die Methoden der I. Gruppe anbetrifft, so wedren dieselben vom Verf. als ausserhalb des Gebietes seiner Experimente liegend, nur kurz aufgezählt.

Welche von allen diesen Methoden man nun auch wählen mag, conditio sine qua non des Erfolges ist, dass die Luft auch freien Zutritt zur Lunge habe. Wenn daher der Verdacht vorliegt, dass in die oberen Luftwege fremde Flüssigkeiten eingedrungen sind, so suche man dieselben zu entfernen entweder nach der Methode von Howard (Bauchlage mit Unterstützung des Epigastrium und starker Druck links von der Wirbelsäule von unten nach oben), oder durch Ansaugung mittelst des Luftröhrenkatheters nach ausgeführter Tracheotomie, oder wenigstens durch Lagerung des Kranken, so dass Mund und Nase die tiefste Stelle einnehmen. Die Vorschrift Sylvester's, während der Ausführung der künstlichen Athmung die Schultern erhöht zu lagern ist als Fehler seiner Methode anzusehen. Für die richtige Lage der Zunge ist zu sorgen entweder durch directes Hervorziehen derselben oder durch extreme Senkung des Kopfes in den Nacken nach Howard oder durch Vorziehen des Unterkiefers nach Esmarch.

Zum Schluss giebt Verf. noch eine tabellarische Zusammenstellung der Manometerschwankungen, welche er bei seinen Leichenversuchen beobachtete.

G. J. Rodsewitsch (Nishnij Nowgorod): «Die Steinkrankheit im Wolgagebiet.» (August.)

Fortsetzung, das Gouv. Kasan behandelnd. Aus demselben hat Verf. im Ganzen 1134 Fälle gesammelt, unter denen wiederum die Nationalrussen ganz auffallend überwiegen.

M. A. Wassiljew: «Ueber die Behandlung veralteter traumatischer Hüftgelenksverrenkungen». August.)

Mittheilung einer durch Resection behandelten veralteten Luxatio obturatoria mit befriedigendem Resultat. Dazu eine kurze literärische Uebersicht der Frage.

W. W. Patejenko: Kurzer Bericht über meine chir. Thätigkeit im Beresinschen District des Tschernigowschen Kreises». (August.) Schluss.

Stud. W. Malenjuk: «Materialien zur Lehre der Transplantation von Knochengewebe zum Ersatz von Knochendefecten». Aus der Klinik des Prof. Grube in Charkow. — Schluss. (Sept.)

Das Schlusskapitel enthält ein kurzes Referat über die bisher veröffentlichten klinischen Erfahrungen mit der behandelten Methode, sowie die Krankengeschichten von 4 Fällen der Charkower Klinik mit mehr oder weniger befriedigendem Erfolge. Auf die zusammenfassenden Schlussätze gehe ich zur Vermeidung von Wiederholungen nicht ein.

N. A. Ssokolow: «Ein Fall von multiplem Echinococcus der Bauchhöhle». Aus der chirurgischen Abtheilung des klinischen Institutes der Grossfürstin Helene Pawlowna. (Sept.)

Casuistische Mittheilung. Verf. spricht sich gegen die Punction aus, da er dieselbe im Verdacht hat im vorliegenden Falle, die Besäung der Bauchhöhle mit Tochterblasen verschuldet zu haben.

G. J. Rodsewitsch (Nishnij Nowgorod): «Die Steinkrankheit im Wolgagebiet». — Fortsetzung. (Sept.)

Aus dem Ssimbirskischen Gouvernement, in welchem die nichtrussische Bevölkerung überwiegt, hat Verf. 790 Fälle gesammelt, darunter nur 10 Mordwinen und 4 Tschuwaschen. Aus dem Gouvernement Ssamara kennt er 685 Fälle darunter 10 deutsche Kolonisten. Wiederum weist er auf das auffallende Ueberwiegen der Nationalrussen unter den Steinkranken hin.

A. A. Ignatow: «Das Mal perforant du pied». (Sept.)

Zusammenstellung der einschlägigen Literatur und Mittheilung eines eigenen Falles, bei dem nach langdauernder fruchtloser Localbehandlung schliesslich die Amputation nach Pirogow ausgeführt wurde. Uebrigens scheint die Zugehörigkeit dieses Falles zur Kategorie des Malperforant zweifelhaft, denn einmal sass das Geschwür nicht auf der Sohle sondern auf dem Fussrücken, und zweitens wurden in demselben Tuberkelbacillen nachgewiesen.

A. S. Ignatowski: «Ein Fall von Eiterung in den Schädelknochen und der Schädelhöhle nach Erysipel der Kopfhaut». Aus der Privatpraxis und Klinik des Prof. Bornhaupt in Kiew. (Sept.).

Das Erysipel ging von einer Schrunde der Oberlippe aus. Nach Ablauf des Erysipels linksseitige Hemiplegie die nach c. 6 Wochen verging. Dann Eiterung in der Diploe des Schädelgewölbes an der Vereinigungsstelle des linken Schlafen, Stirn- und Scheitelbeines mit Durchbruch nach innen und aussen. Eitrige Meningitis. Exitus letalis, welcher durch die Trepanation nicht mehr verhindert werden konnte.

Grubert.

Shurnal russkago obschtschestwa ochranenija narodnaho sdrawija.

1892 Juni—December. 1893 Januar—April.

S. M. Ssubbotin: «Zur Frage von der quantitativen Kohlensäurebestimmung in der Luft». (Juni — Juli).

Experimenteller und kritischer Vergleich der zur CO_2-Bestimmung empfohlenen Methoden.

W. D. Orlow: «Das Pferdefleisch auf dem Tatarenmarkt zu Kasan». (Juni — Juli).

Beschreibung der Schlachtart, der Fleischeintheilung bei der Zergliederung der Thiere etc. Verf. tritt für die Verbreitung des Pferdefleisches unter der ärmeren Bevölkerung ein, besonders im Hinblick auf die in den Nothjahren gemachten Erfahrungen.

W. N. Dmitriew: «Jalta vor 25 Jahren» (Juni — Juli).

Medicinisch-historische Skizze.

M. P. Popow: «Zur Frage von der Einwirkung aromatischer Bäder (35° C.) auf die Assimilation der Fette bei Gesunden». (Juni — Juli).

Nach den mitgetheilten Versuchen erscheinen die aromatischen Bäder ziemlich indifferent, da sie nur unbedeutend die Assimilation der Nahrungsfette erhöhen.

A. A. Lipski: «Der Hunger und seine Folgekrankheiten». (Juni — Juli).

Populärer Vortrag.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 8. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1893.

Wratsch № 26 – 35.

K. Puriz: Einige Beobachtungen über reichliche Ernährung bei Typhuskranken. (Nr. 26, 27).

Verf. verficht den Standpunkt, einen mit acuter fieberhafter Erkrankung Behafteten reichlich zu ernähren Er verabfolgt Typhuskranken die ganze Zeit hindurch. feingehacktes Fleisch Fleischpulver mit Bouillon, feingehackte harte Eier, das Weiche vom Brod etc., daneben Milch. Kaffee Bouillon. Dem Fiebernden wird täglich zugeführt 70–90 Gramm Eiweiss. 140–180 Gramm Fett. 200–300 Gramm Kohlehydrate (= 2000 Caloriien. P. stellte fest. dass Typhuskranke in verschiedenen Stadien erhebliche Mengen von Eiweiss resorbiren. die vermehrte Eiweisszufuhr ruft einen verstärkten Eiweisszerfall hervor, wie bei Gesunden; dafür sinkt aber der Stickstoffverlust (letzterer 20–25 pCt. geringer als bei ungenügender Diät). Die forcirte Ernährung führt weder zu Temperaturerhöhung. noch zu Störungen der Verdauung noch zu häufigeren Recidiven, der Gewichtsverlust und der tägliche Eiweissverlust sind geringer.

A. Kissel: Zur Casuistik des Rheumatismus nodosus infantum (Nr. 26, 27.)

Mittheilung dreier Krankengeschichten. Charakteristisch für die betreffende Affection ist: sie beginnt gewöhnlich unter den Erscheinungen des acuten Gelenkrheumatismus. oft unter Betheiligung des Herzens; die periostalen und periarticulären Knoten können im Anfange schnell schwinden, in späteren Stadien sind sie hartnäckig. die Betheiligung mehrerer Gelenke gleichzeitig ist charakteristisch.

.. Jurmann: Zur Frage über die Erkrankungen des Nervensystems bei Soldaten. (Nr. 26, 27.)

J. stellt fest, dass Nervenkrankheiten und psychische Altetionen unter den Soldaten oftmals unerkannt bleiben, dass ..ese oft Strafen verfallen, wo nur die psychische Abnormität ..e Schuld an Vergehen verschiedener Art trägt.

. Blumenau: «Zur Frage über die Leberabscesse». (№ 28 und 29).

2 Fälle von Leberabscess, die beide tödtlich abliefen. In dem ..nen Fall — ein 26-jähriger Mann — war die Leber auf 3 ..nger verbreitert, äusserst schmerzhaft, keine Fluctuation, ..in Ikterus, Milztumor, unregelmässige meist hohe Temperaren, chronischer Verlauf (8 Monate), später trat eine eitrige ..euritis hinzu. 2 Tage nach der Operation Tod. Die Leber ..es einen gänseeigrossen Tumor auf, neben 10 kleineren in ..r Umgebung. Der zweite Fall — 23-jähriger Soldat — ver..f acut, Tod nach 12 Tagen. Fast die ganze linke Leber..lfte und die halbe rechte Hälfte war von einem Abscess ..sgefüllt von der Grösse eines Kindskopfes, aussserdem meh..e kleine Heerde in der Umgebung. In beiden Fällen war ..s Lumen des Dickdarms bedeutend verengert, die Schleim..at atrophisch — ein Verhältniss, welches Verf. veranlasst ..und dieselbe Ursache (bacterium coli com.?) anzunehmen, ..lche Veränderungen im Darm und der Leber hervorruft.

Janowky: «Zur Technik der Auscultation». (№ 28).

..ie Möglickkeit der Uebertragung von Infectionsstoffen von .. zu Pat. durch das Stetoskop, veranlasst Verf. zum Ge..nch eines Höhrrohres aus Glas, welches beliebig ausge..ht und desinficirt werden kann.

..wow: «Zur Frage über die Laparotomie bei diffusen Adhaesionen der Scheide mit Bildung von Haematometra und Haematosalpinx». (№ 28 und 29).

..i einer 25-jährigen Pat. stellte sich nach einem Fleck..us Gangrän der äusseren Geschlechtsorgane und der ..ide ein. In der Folge cessirten die Menses, es bildete sich Haematometra und Haematosalpinx. eine Communication ..dem Uterus war nicht vorhanden. Nach einem vergeblichen ..uch eine solche operativ herzustellen, wurde der Haema..pinx und die beiden Ovarien per laparotomiam entfernt. ..ung.

F. Lominsky: «Einige Bemerkungen über die Unzulänglichkeit des electrischen Thermostates und die Methode derselben abzuhelfen». (№ 28).

Beschreibung einer Modification der Kurtschenskischen Kammer.

S. Biel: «Ueber ein Gemenge von Schwefel-Carbolsäure». (№ 28).

Dem von Fränkel angegebene Gemenge von 50 pCt. Carbolsäure und Schwefelsäure zu gleichen Theilen ist der Vorzug zu geben.

A. Baltusewitsch: «Ein seltener Fall von Fractur beider Kiefer und doppelseitiger Luxation des Unterkiefers auf die Jochbögen mit Hinzufügung einiger Versuche. welche vom Verf. ausgeführt wurden zur Erklärung des Zustandekommens letzterer». (№ 30 und 31).

Die Ursache gab ein Fall vom Trapez auf das Kinn. Ausser der Fractur beider Kiefer und der Luxation war Fractur des Nasenbeines vorhanden. mehrfache Wunden im Gesicht, Defect der Zahnreihe, ein sagittaler Riss im harten Gaumen. Später Perforation des Trommelfells mit eitrigem Ausfluss. Heilung. Experimentell konnte Verf. eine gleiche Fractur und Luxation an der Leiche herstellen, wenn die Gewalt von hinten nach vorn und von unten nach oben in sagittaler Richtung auf das Kinn einwirkte:

W. Grawirowsky: «Zur Frage über die Entstehung von Oedemen ohne Eiweiss im Harn». (№ 30).

Mittheilung eines Falles, bei welchem die Untersuchung der inneren Organe keine Abweichung von der Norm bot; dabei bestanden Oedem einer unteren Extremität. Schwellung der Inguinaldrüsen der betreffenden Extremität. luetische Narben, kein Eiweiss im Harn. Die Oedeme schwanden unter Behandlung mit Jodkali. Verf. wirft die Frage auf, ob es sich nicht um eine syphilitische Erkrankung des Lymphsystems handele, welche mit dem Oedem in Beziehung steht.

W. Nikitin: «Ein Fall von croupöser Laryngo-Tracheo-Bronchitis diphtheritischen Ursprungs». (№ 30).

Ein leicht ablösbarer Belag auf beiden Bronchien und den Bronchiolen der rechten Lunge – also pathologisch-anatomisch das Bild des Croup; bei der bakteriologischen Untersuchung wurden Diphtheriebacillen gefunden.

K. Ilkewitsch: «Methode der prophylaktischen Impfung gegen Cholera und einige Worte in Betreff der Behandlung mit Blutserum und der Behandlung Cholerakranker mit Culturen von Kommabacillen aus Thymusbouillon. (№ 28, 29, 31 und 32).

Gestützt auf die Versuche von Behring, Klemperer und Lazarus führte Verf. Versuche aus, welche zu dem Resultate führten, dass 1) Thiere durch die Impfung mit einer Choleracultur immun gemacht werden können, 2) dass Thiere, welche nicht immun gemacht sind, bei der Impfung mit Choleraculturen unter die Haut inficirt werden und 3) dass Thiere, welche prophylactisch mit ziemlich grossen Quantitäten (bis 400 Cbcm.) von Blutserum eines immunisirten Kalbes geimpft sind, heftiger erkranken und schneller untergehen, als frische Fälle bei der gleichen Einverleibung virulenter Choleracultur. Thiere, welche mit einer geringen Menge stark virulenter Choleraculturen geimpft wurden, genasen und wurden in Stand gesetzt, Quantitäten einer virulenten Cultur zu ertragen, welche an nicht vorher geimpften Thieren tödtlich wirkte. Verf. hat Versuche an sich selbst auch angestellt.

M. Nastjukow: «Ueber den Bacillus der Grippe und die klinische Diagnose dieser Krankheit». (№ 30, 32 und 33).

N. benutzte als Nährflüssigkeit eine wässrige alkalisch gemachte Lösung von Hühnereigelb. Es gelang N. die von Pfeiffer beschriebenen Stäbchen die N. in einer Lösung von Sublimat-Gentianaviolett färbte, zu finden: kleine Stäbchen in Haufen oder vereinzelt liegend. Die Culturen sind sehr klein durchsichtig, gelblich von runder Form,

O. Engström: «Vorbereitung zur Laparotomie und deren Erfolge». Aus der Helsingfors'schen Klinik. (№ 31 u. 32).

E. führte 87 Laparotomien aus: Ovariotomien 36, Myomotomien 29, Tubengraviditäten 4, Ventrofixationen 5, Supravaginale Amputation 1, Bauchhernie 1, Castration 1, Adnexenoperationen 7, Tumor im lig. latum 1, Netzhernie 1, Tuberculosis peritonei 1. Davon starben 4 (Darmparalyse, Jodoformintoxication, Peritonitis und Uraemia).

Th. Teljatnik: «Ueber den Einfluss heisser Luftbäder auf die weissen Blutkörperchen bei gesunden Menschen». (№ 33 und 34).

Die Untersuchung führte zu keinem einheitlichen Resultate: die verschiedenen Formelemente waren bald vermehrt, bald vermindert.

A. Borjakowsky: «Ueber die Schädlichkeit der Praeservative». (№ 32).

Verfasser wendet sich gegen die Maltus'sche Lehre und beschuldigt die Anwendung des Praeservativs als Ursache für das Auftreten von nervösen Erscheinungen, wie auch für pathologisch-anatomische Veränderungen im Genitaltractus.

G. Wlaew: «Der Einfluss hoher Temperaturen auf die Choleravibrionen und die Desinfection der Choleradejectionen mit kochendem Wasser». (№ 33).

Vorliegende Frage ist vielfach Gegenstand der Untersuchung und Erörterung gewesen. Verf. ist der Meinung, dass bei 70°C. die Bacillen schnell untergehen, dass Cholerastühle mit einem 10—12 Volumen heissen Wassers von 85° C. keimfrei gemacht werden. W. schliesst mit dem Rathschlag statt anderer Desinficientien sich des kochenden Wassers zur Desinfection der Stühle und der Wäsche zu bedienen.

P. Sotschinsky: «Ein Fall von Hermaphroditismus». (№ 33).

Ein 12-jähriger Knabe wies folgenden Befund auf: zwei grosse Schamlippen, Penis von 4 Cm. Länge, 1 Cm. Dicke, von der Stelle entspringend, wo die Schamlippen in einander übergehen; Urethralöffnung auf dem Penis nicht vorhanden; in der linken Schamlippe ein Hoden von der Grösse einer Mandel mit dem Samenstrang zu fühlen, in der rechten ein erbsengrosser Hoden. Beim Auseinanderdrängen der Schamlippen sieht man eine kleine Schleimhautfalte, an deren unteren Spitze sich die Urethralmündung findet. Verf. rubricirt den Fall unter die Gattung des Pseudohermaphroditismus masculinus externus.

M. Nastjukow: «Ueber Nährflüssigkeiten zu Reinculturen aus Eigelb.» (№ 33 u. 34.)

Ausgehend von dem Gesichtspunkt, dass das Eigelb des Hühnereies alle für die Entwickelung von Microorganismen erforderlichen Bestandtheile besitzt, wandte Verfasser das Eigelb als Nährmaterial an. N. bereitete die Flüssigkeit folgendermassen: auf ein Liter Aq. dest. nimmt man 5 Grm. einer 10 pCt. Natronlaugelösung fügt dazu 100 Cbcm. Eigelb hinzu. Diese 10 pCt. Eigelblösung wird im Kolben auf 2 Stunden in den Koch'schen Dampfapparat gesetzt, nach 24 Stunden filtrirt und in Reagensgläser ausgefüllt. — Eine andere Methode ist: Zu 300 Grm. Eigelb werden tropfenweise 100 Grm. einer 1 pCt. Natronlaugelösung und 600 Grm. Aq. dest. hinzugefügt. Die Mischung wird in Probirfläschchen ausgefüllt und im Wasserbade von 75°—85° C. erhitzt, wobei die Lösung ohne Verlust der Durchsichtigkeit erhärtet. Schliesslich stellt N. eine Eigelb-Gallerte dar: auf 1 Liter einer 10 pCt. Eigelblösung nimmt man 15—20 Grm. Agar-Agar, kocht bis zur vollständigen Auflösung; nach dem Filtriren durch den Plantamur'schen Filter wird eine durchsichtige Lösung gewonnen. Verfasser hat diese Nährflüssigkeit benutzt, um Typhus — Diphterie — Rotz — Cholera — und andere Bacillen zu züchten, jüngst auch einen Bacillus im sputum Grippöser.

N. Kumberg: «2 Fälle von Rheumatismus nodosus.» (№ 33.)

Bei einer 20 jährigen Fabrikarbeiterin bildete sich im Verlauf eines subacuten Gelenkrheumatismus an verschiedenen Stellen (über beiden Kniescheiben, in der linken Achselhöhle und tiefer, auf dem rechten Handgelenk) zu verschiedenen Zeitpunkten einzelne Knoten oder Gruppen von Knoten, welche sich theilweise resorbirten, theils persistirten. — Ein 16 jähriges Mädchen wies auf beiden Handgelenken, auf der Fusssohle, dem olecranon beiderseits und den Knieen Knoten auf. Diese waren hanfkorn — bis bohnen — gross. Letzterer Fall war gleichfalls mit Gelenkrheumatismus complicirt.

Th. Romanow: «Zur pathologischen Histologie der Leber bei Cholera». (№ 34.)

Das microskopische Bild einer Leber wies in den erweiterten Capillaren runde, farblose, leicht glänzende Körperchen auf, die einzeln oder in Gruppen lagen und die Grösse eines rothen Blutkörperchens hatten. R. sieht diese Körper als Zerfallsproduct der rothen Blutkörperchen an, welche unter Einwirkung des Choleragiftes in ihrer Lebensfähigkeit alterirt sind.

A. Kudrjatschow: «Cysticerken im Unterhautzellgewebe». (№ 34.)

Casuistischer Fall: Bildung von 15 Cysticerkusbläschen im Unterhautzellgewebe bei einer 22 jährigen Frau.

J. Krawtschenko: «Echinococcus der Nackenmusculatur». (№ 34.)

Bei einem 26 jährigen Bauer fand sich eine gänseeigrosse Geschwulst in der hinteren Partie des Halses unter dem mittleren trapezoides. In der Geschwulst konnte man Hakenkränze nachweisen, die Flüssigkeit enthielt Bernsteinsäure.

S. Schwarz: «Der Vorzug eines Bohrers vor anderen Instrumenten zur Abnahme eines Gypsverbandes». (№ 34.)

S. Kirjakow: «Die Ansteckungsperiode der Masern». (№ 34).

Verfasser zieht aus seinen Beobachtungen das Resultat, dass die grösste Infectionsgefahr in die Periode des Stadium der prodromi fällt, dass die Infection durch die Athmung geschieht. An der Hand einiger Krankengeschichten entwirft Verfasser das klinische Bild der verschiedenen Perioden.

L. Lewschin: «Ein Dampferzeuger für Desinfectionsapparate». (№ 32.)

Beschreibung des Apparates.

A. Kissel: «Ein Fall von Myositis ossificans progressiva multiplex bei einem Kinde von 1 Jahr und 7 Monaten». (№ 32).

Die Verknöcherung betraf vor allem die Nacken- und Rückenmusculatur, sowie den sterno — cleido — mastoid. und die Brustmusculatur bei subjectivem Wohlbefinden. Auf dem Durchschnitt wies die Verhärtung das Aussehen des «schweizer Käses» auf.

F. Tschernomor-Sadernowsky: «Der operative Eingriff zur Heilung des chronischen Hydrocephalus bei Kindern». (№ 32, 33, 34, 35, 39.)

Bei einem 4 monatlichen Hydrocephalus wurden Punctionen ausgeführt und durch 3 Punctionen 1135 Cbcm. Flüssigkeit entleert (die Quantität der 4-ten Punction liess sich nicht feststellen). Nach dem chirurgischen Eingriff vorübergehende Besserung, dann Tod unter den Erscheinungen des Cheyne-Stokeschen Athmens. In einem zweiten Fall wurden in 6 Sitzungen 441 Cbcm. Flüssigkeit entleert. — Verfasser constatirt die bekannte Thatsache, dass der Hydrocephalus mit Rhachitis in aetiologischem Zusammenhange steht. Tsch. wirft die Frage auf, ob nicht durch die localen rhachitischen Processe im Schädelknochen die durchgehenden Gefässlumina irgendwie gedrückt oder gezerrt werden, indem das Gefäss bei seiner Durchtrittsstelle oder dem Verlauf durch den Knochen comprimirt wird; besonders kommt es, wenn durch Druck auf die Vene der Abfluss des Blutes gehindert ist, zu Stauung und Transudation. Verfasser wendet den operativen Eingriff an, und zwar zieht er eine mehrmalige Punction mit Entleerung geringerer Mengen einer einmaligen vor.

N. Wedensky: «Vermindert sich die Elasticität des Muskels zur Zeit seiner Contraction?» (№ 35.)

Eine physiologische Studie am Muskel in seinem Ruhe — und Arbeitszustande.

A. Glinsky: «Cholestearin im Harn». (№ 35.)

Bei der Section einer 43 jährigen Frau fand G. Nierensteine, Erweiterung des Nierenbeckens und Entzündung desselben, Atrophie des Nierengewebes und Ansammlung von Eiter im Nierenbecken und Harnleiter. Zu Lebzeiten hatte G. Cholestearin im Harn nachgewiesen. Diesen Befund bringt Verfasser mit der Pyelitis in Zusammenhang. Cholestearin wird nicht beim Filtrationsprocess in den Nieren gebildet, sondern verdankt seine Entstehung in den Harnwegen (Nierenbecken, Ureter, Blase) durch den Zerfall der Eiterkörperchen, Nierenepithelien und rothen Blutkörperchen.

Lingen.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej. Mai — August 1893. № 5—8.

A. N. Ssolowjew: «Zur Lehre von der Extrauterinschwangerschaft. (Anheftung des Eies an ein Fibrom). (Nr. 5).

S. diagnosticirte bei einer Pat., zu welcher er in Folge einer inneren Blutung gerufen wurde, eine Extrauterinschwangerschaft und führte, da peritonitische Erscheinungen vorlagen, am folgenden Tage die Laparotomie aus. Bei der Operation wurde eine feste, circa citronengrosse, Geschwulst, welche links vom Uterus an einem langen Stiele sass, entfernt. Die obere und die der Bauchhöhle zugewandte Fläche der Geschwulst hatte eine rauhe Beschaffenheit (Placentarstelle). Im oberen Abschnitte der Geschwulst verlief seitlich die Tube. In Folge des sehr schwachen Zustandes der Pat. wurde nicht genauer nach den anatomischen Verhältnissen geforscht, sondern die Geschwulst abgetragen (wobei bei der Unterbindung des Stieles eine besondere Brüchigkeit eines Theiles des Gewebes, welches dem lig. latum angehörte, auffiel) und die Bauchhöhle geschlossen. Exitus letalis am 5. Tage p. op. unter peritonitischen Erscheinungen.

Da eine Section nicht ausgeführt wurde und die mikroskopische Untersuchung der entfernten Gewebstheile, ausser dem Vorhandensein von glatten Muskelfasern, keine sicheren Anhaltspunkte für das Bestehen eines fibrösen Myoms lieferte, kann man es nur als wahrscheinlich und nicht (wie es Verf. annimmt) als bewiesen hinstellen, dass es sich in diesem Falle um eine Abdominalschwangerschaft (?) gehandelt hat, bei welcher die Eiimplantation auf einer fibrösen (?) Geschwulst, welche im lig. latum gelegen war, stattgefunden hat.

Im Anschluss an diesen Fall bespricht S. die Therapie der Extrauteringravidität nach Ruptur des Fruchthalters. Es werden dabei nur längst bekannte Gesichtspunkte erörtert.

J. O. Anscheles: «Einige Bemerkungen zur Behandlung des Abortes durch Tamponade». (Nr. 5).

Verf. wendet sich in diesem Vortrage gegen die nicht zielbewusste vaginale Tamponade bei Aborten und hebt hervor, wie wenige von denen, welche bei Aborten zu tamponiren pflegen, sich Rechenschaft davon abgeben, ob in dem betreffenden Falle eine Tamponade indicirt resp. contraindicirt sei. Nachdem Verf. in Kürze das klinische Bild des «typischen» oder vollständigen Abortes characterisirt, skizzirt er den, für den praktischen Arzt viel wichtigeren, «unvollständigen» Abort, bei welchem er 2 Typen unterscheidet. Es können nach Abgang des Fruchtwassers und des Foetus 1) die übrigen Theile des Eies in der Gebärmutter (hinter dem inneren M. M.) zurückbleiben, oder 2) ein Theil des Eies tritt noch vor Verengerung des Cervix (in der Nähe des inneren M. M.) aus der Uterushöhle heraus und ragt in die erweiterte Cervicalhöhle oder auch in den oberen Abschnitt der vagina hinein. Weil nach der allgemein üblichen Anschauung, welcher sich auch Verf., auf Grund eigener Untersuchungen, anschliesst, die Uterushöhle aseptisch ist, während die vagina besonders in den unteren Abschnitten recht viel pathogene Keime enthält, ist die Tamponade der Vagina nur dann gerechtfertigt, wenn der Abort ein vollständiger ist, oder wenn bei unvollständigem Abort die Eireste im Uterus cavum sich befinden. Irrationell ist die Tamponade in Fällen, wo irgend ein Theil des Eies sich unterhalb des inneren Muttermundes befindet; in solchen Fällen müssen rationellere Mittel — manuelle oder instrumentelle Entfernung der Eireste nach vorhergegangener Erweiterung des M. M. — in Anwendung gezogen werden.

Wjssotski: «Zur Kasuistik des Cysto-carcinoma ovarii». (Nr. 5).

(Kasuistischer Beitrag).

Krankengeschichte eines von Prof. Jastrebow operirten Falles von Kystoma ovarii duplex carcinotomatodes. Bei der Operation wurde auch schon das vermuthete Carcinoma hepatis und Peritonitis carci nomatosa constatirt. Pat. verliess am 19. Tage nach der Operation die Klinik. Es folgt eine sehr ausführliche Beschreibung des mikroskopischen Befundes der beiden durch die Operation entfernten carci nomatös degenerirten Ovarialcysten.

A. A. Litkens: «Ein Fall von Verwachsung der Scheide nach der ersten Geburt mit Bildung einer Haematocele und eines Haemato colpos. (Nr. 5).

(Kasuistischer Beitrag).

Pat. hatte vor 6 Monaten eine schwere Niederkunft durchgemacht, welche mit der Geburt eines todten Kindes endete und ein Krankenlager von 3 Wochen nach sich zog.

Bei der Untersuchung der Pat. fand L. in den mittleren Partien des Leibes zwei ballonartige Tumoren. Der Zeigefinger drang in die Scheide nur bis zum ersten Fingergliede ein. Horizontaler c. 3½ C. langer Schnitt in der Vagina. Durchtrennung der Gewebsbrücke zwischen oberem und unterem Scheidenabschnitte, welche 2 C. betrug. Tamponade mit Jodoformgaze. In der Folge wurde die Oeffnung noch durch mehrere Incisionen erweitert und mit Kautschukdilatatoren weiter behandelt. Nach einem Monat verliess Pat. geheilt das Hospital.

W. W. Strogonow: «Bacteriologische Untersuchungen des Geschlechtskanales des Weibes in verschiedenen Lebensperioden». (Nr. 6 u. 7).

Im ersten Theil dieser fleissigen Arbeit giebt Verf. eine ausführliche Uebersicht aller bis jetzt erschienenen Arbeiten die Genitalsecrete der Frau während des Wochenbettes, während der Schwangerschaft und unter verschiedenen physiologischen und pathologischen Verhältnissen betreffend. Der 2. Theil macht den Leser mit der Methode bekannt nach welcher Verf. seine Untersuchungen angestellt hat und enthält eine durch zahlreiche Untersuchungsprotocolle ergänzte Beschreibung der Resultate folgender Untersuchungen:

Untersuchung der Scheide neugeborener Mädchen. Die Vagina Neugeborener ist gleich nach der Geburt, mithin auch während des intrauterinen Lebens steril. Die vaginale Ausscheidung ist von schwach saurer Reaction und enthält epitheliale Zellen. Eine Invasion der Mikroorganismen erfolgt bald nach der Geburt und sind schon gleich nach der ersten Wanne in der Scheide Mikroben nachweisbar, deren Eindringen durch das Versenken ins Wasser, durch Bestreichen der Geschlechtstheile mit Fett oder durch das Waschen der Genitalien ermöglicht wird.

Der Einfluss der Menstruation auf den Gehalt an Mikroorganismen in der Scheide und in dem Cervix.

Die Vagina enthält sowohl unmittelbar vor, während, und nach der Menstruation eine Menge von Mikroorganismen. Die Quantität derselben variirt je nach der Art der Mikroben und je nach der grösseren oder geringeren Retention von Blut in der Scheide. Während der Menstruation wird die Reaction der Vagina eine neutrale oder alkalische. In dem Cervix konnten in der Mehrzahl der Fälle keine Mikroben nachgewiesen werden. Die Reaction des Cervicalschleimes ist eine alkalische. In 30 pCt. der Fälle wurden in den Gelatinekolben mit Vaginalsecret Mikroben nachgewiesen; das Cervicalsecret war in 90 pCt. der Fälle steril.

Untersuchungen der Scheide und des Cervix alter Frauen.

Die Vagina enthält in allen Fällen bedeutende Mengen von Mikroben (Kokken, Diplokokken, Bacillen). Die hier vorkommenden Bacillen sind viel kleiner als sie bei Frauen in geschlechtsreifem Alter gefunden werden. Reaction der Scheide schwach sauer. Der Cervix wurde in der Hälfte der Fälle steril gefunden. Reaction alkalisch. Bei prolapsus uteri wurde in allen Fällen im Cervix ein Vorkommen von Mikroben allerdings nicht in hohem Grade nachgewiesen.

Untersuchungen der Scheide und des Cervix Schwangerer.

In der Vagina Schwangerer ist immer eine Menge von Mikroben enthalten. In normalen Fällen ist eine bestimmte Bacillenform vorherschend, doch kommen neben derselben auch noch andere Formen vor. Mikroben, welche die Gelatine verflüssigen werden selten gefunden. Die Reaction der Vagina während der Schwangerschaft ist eine entschieden sauere. Der Cervix enthält unter normalen Verhältnissen keine Mikroorganismen; sind solche jedoch vorhanden, so ist die Menge derselben eine äusserst geringe. Reaktion alkalisch.

Der äussere Muttermund bildet somit in der Mehrzahl der Fälle die Grenze zwischen dem sterilen und dem Mikroorganismen enthaltenden Abschnitt des Genitaltractus.

Das Verhältniss des Abortes zum Bacteriengehalte der Scheide und des Cervix.

In der Vagina abortirender Frauen sind immer Mikroorganismen (Bacillen, Kokken, Diplokokken) enthalten. Die Reaction der Scheide neigt in diesen Fällen mehr zur alkalischen. Je weniger intrauterine Eingriffe vorgenommen werden und je längere Zeit nach solchen Manipulationen verstrichen ist, um so weniger Mikroorganismen werden constatirt.

In Bezug auf das Verhalten der Mikroben der Vagina und des vaginalen Bacillus zum Staphylococcus ergaben die Versuche S.'s, dass die Producte der Lebensthätigkeit des Vaginabacillus auf den Staphylococcus einen vernichtenden Einfluss ausüben.

Was die Sterilität des Cervix und die dieselben bedingenden Ursachen anbetrifft, so hält sich S. auf Grund seiner Experimente für berechtigt sie durch folgende Factoren zu erklären. 1) Ein mehr oder weniger beständiges Moment — die Bacillen;

die tödtende Wirkung des Cervicalschleimes und die zeitweiligen Momente; 2) die Wirkung der Menses und 3) wahrscheinlich auch der Lochien.

Die Resultate dieser umfangreichen und werthvollen Arbeit werden ohne Zweifel in Specialwerken von würdigerer Feder eine Berücksichtigung finden, wir haben dieselben nur in sofern registrirt, als sie zum Verständniss beizutragen im Stande sind in wie reichem Maasse die Natur den weiblichen Organismus vor dem Eindringen pathogener Mikroorganismen resp. des Staphylococcus und des Streptococcus geschützt hat.

In der Vagina finden die Mikroben einen ungeeigneten Nährboden, welcher die Virulenz und Lebensfähigkeit derselben vermindert, oder sie sogar in mehr oder weniger kurzer Zeit tödtet. Sie finden ausserdem in der Vagina einen Bacillus vor, welcher daselbst unter den geeignetesten Lebensbedingungen prosperirt und welcher durch Bildung von Säuren und durch andere Producte seines Stoffwechsels schädlich auf sie einwirkt. Gehen die pathogenen Mikroben dennoch nicht in der Scheide unter, sondern gelangen sie in den Cervix, so finden sie auch dort keinen geeigneten Nährboden — den Cervicalschleim. Wenn schliesslich wie nach Analogie einiger anderer Secrete angenommen werden kann, der Schleim nur die vegetativen Formen der Mikroben tödtet, den Sporen gegenüber aber machtlos ist, so kommen dem Cervicalschleim die menstruellen Blutungen resp. die Lochien zu Hilfe, welche die Mikroorganismen auf rein mechanischem, möglicherweise aber auch auf chemischem Wege aus der Gebärmutter — resp. Cervixhöhle entfernen.

W. Potjeenko. «Ueber meine geburtshilfliche Thätigkeit auf dem Lande vom Februar 1885 bis Januar 1893». (Nr. 8).

Der Rechenschaftsbericht umfasst 170 Fälle. Von grösseren Operationen wurden ausgeführt: Anlegung der Zange — 32 mal; Wendung auf einen resp. beide Füsse und Extraction 13 mal; Perforation 6 mal; Manuelle Entfernung der Placenta 24 mal. Ich übergehe den, keine Besonderheiten bietenden, Rechenschaftsbericht und schreite zur Wiedergabe einiger Schlussfolgerungen mit welchen Verf seine Arbeit schliesst, weil solche, auf Grund einer mehrjährigen landärztlichen Praxis aufgestellten Thesen einiges Interesse beanspruchen dürften.

1. Jeder Landarzt muss mehr oder weniger specielle Kenntnisse und Erfahrungen in der Geburtshilfe haben, daher ist bei Ausbildung von Aerzten besonderes Gewicht auf die Geburtshilfe zu legen.

2. In jedem Medicinal-Rayon muss wenigstens eine Hebamme, die zugleich auch Feldscherin ist, vorhanden sein, weil die Bauern von einer Hebamme auch die Kenntniss anderer Krankheiten verlangen.

3. Die Landschaft muss den Arzt mit allen nothwendigen geburtshilflichen Instrumenten versorgen, was höchst selten der Fall ist.

4. In jedem Dorf muss eine erlernte Dorfhebamme (повитуха) sein, welche ausser einer rationellen Hilfeleistung bei der Geburt auch die häuslichen Arbeiten während des Wochenbettes der Frau zu übernehmen hat.

5. Nach leichten Geburten ist ein frühes Verlassen des Bettes (am 3. Tage) ohne schädlichen Einfluss.

6. Abortreste werden am schnellsten und ungefährlichsten durch Auskratzung entfernt.

E. M. Eliasberg: «Beobachtungen über Blasenmole» (Nr. 8).

(Casuistischer Beitrag).

Aeusserst kurze und mangelhafte Wiedergabe von 10 Fällen in welchen E. eine mola hydatidosa beobachtet hat. Die Blasenmole war complicirt mit: Unstillbarem Erbrechen 1 mal; Nephritis 1 mal; Blutungen 5 mal. In 3 Fällen waren keine Complicationen vorhanden.

N. M. Kakuschkin. «Zur Technik der Reposition der prolabirten Gebärmutter und Scheide bei Incarcerationserscheinungen». (Nr. 8).

(Casuistischer Beitrag).

Verf. referirt über einen Fall, in welchem bei einer Pat. welche schon seit einiger Zeit an einem Gebärmuttervorfall litt, nach schwerer körperlichen Arbeit der Prolapsus sich in bedeutenderem Maasse einstellte und in Folge oedematöser Schwellung der prolabirten Theile irreponibel wurde. Da eine Reposition selbst in der Chloroformnarkose nicht gelang, wurde, bevor man zur Exstirpation der Gebärmutter schritt, noch ein Versuch gemacht, das Oedem durch Anlegen einer elastischen Binde zu vermindern. Nachdem die Binde 5—6 Stunden lang gelegen hatte, fand eine bedeutende Abnahme des Oedems statt und gelang jetzt die Reposition mit Leichtigkeit. Auf eine operative Beseitigung des bestehenden Vorfalles ging Pat. nicht ein.

Dobbert.

Medicina. № 27 – 39.

A. Billig: «Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Haemogallol bei Anaemischen». (Nr. 26. 27, 28).

Die Resultate der Anwendung des von Prof. Kobert in den Arzneischatz eingeführten Haemogallols waren sehr zufriedenstellend. Verf. constatirte bei dieser Behandlung ein rasches Schwinden der Anaemie; im Blute der Patienten konnte man eine Zunahme der Haemoglobinmenge, sogar bis auf das Doppelte der ursprünglichen Quantität constatiren, dabei erlangten die rothen Blutkörperchen wieder ihr normales Aussehen und normale Geldrollenfigur, die weissen Blutkörperchen nahmen unter dem Einflusse des Haemogallols an Zahl ab. Das Präparat wurde von allen Patienten gut vertragen, irgend welche Verdauungsstörungen wurden nicht bemerkt.

W. Ssmidowitsch: «Ueber den Einfluss des Wildungener Wassers auf den Stoffwechsel». (Nr. 27).

Verf. untersuchte nur die Beeinflussung der Harnsäure- und Phosphorsäure-Ausscheidung. Zu den Untersuchungen wurde ausschliesslich künstliches Wildunger Wasser verwendet.

Merkwürdiger Weise fand Verf., dass die Menge der ausgeschiedenen Harnsäure unter dem Einflusse von Wildungen steigt — dieser Befund entspricht durchaus nicht der allgemein acceptirten Annahme, dass die Alkalien die Oxydationsprocesse verstärken, in Folge dessen die Harnsäure zum grössten Theile in Harnstoff übergeführt werde. Bezüglich der Phosphorsäure wurden auch keine constanten Resultate erhalten, in einigen Fallen steigte die Menge der Phosphorsäure an, in anderen Fällen sank sie herab.

A. Ssmakowski: «Ueber die Diagnose und Aetiologie der Gallensteine». (Nr. 27).

Ein Fall von combinirter Erkrankung: Gallensteinkoliken und Intermittens.

S. Jaroschewski: «Zur Aetiologie der Herzneurosen». (Nr. 28—30).

Ein Fall von ausgesprochener Angina pectoris bei einer an Diabetes leidenden Frau. Arteriosclerose und Fettherz konnten ausgeschlossen werden. J. ist der Meinung, dass der ziemlich complicirte Symptomencomplex von Angina pectoris, der bei der Patientin beobachtet wurde, auf das Bestehen von Diabetes zurückgeführt werden könne. Er stützt sich dabei auf die in neuester Zeit veröffentlichten Beobachtungen von Leyden. Patientin starb an Coma diabeticum.

W. Afanassjew: «Ein seltner Fall von Erstickung als Selbstmord». (Nr. 29).

Ein im Gefängnisse sitzender Soldat führte sich dadurch den Tod herbei, dass er absichtlich grosse Brodmengen verschluckte und dabei den gekauten Brodbrei auf den Kehldeckel andrückte. Die Absicht wurde bemerkt, doch konnte der hinzugerufene Arzt in Folge des Streubens des Selbstmörders keine Hülfe anwenden. Bei der Section fand Verf., dass der Kehlkopfeingang von zerkautem Brodbrei völlig verlegt war, der Brei lag sowohl auf dem Kehlkopfdeckel als im Aditus ad laryngem, die Lungen zeigten den bekannten Befund bei Erstickung.

.. Milmann: «Die Wirkung des Sublimats auf mit Cholera inficirte Hunde». (Nr. 31).

Verf. hat bei Hunden durch Injection von Choleraculturen in die Vena saphena den ganzen Symptomencomplex der Cholera mit tödtlichem Ausgang hervorrufen können. Er versuchte nun solchen inficirten Hunden subcutane Sublimatinjectionen zu appliciren (2—3 mgrm.). Von 6 auf diese Weise behandelten Thieren blieben 3 am Leben. 3 erlagen erst am 3—5 Tage nach der Infection, während die Controllthiere schon am ersten Tage zu Grunde gingen. Die mit Sublimat behandelten Thiere erkrankten zwar auch, doch waren die Symptome nicht so ausgesprochen, wie bei den Controllthieren.

Garin: «Fehlerhafte Ausbildung der Gebärmutter, als Ursache der anormalen Lage der Frucht». (Nr. 32.)

Es handelt sich um einen Uterus bicornis unicollis, worauf G. die Bildung einer Querlage der Frucht bezieht.

J. Janess: Das Sinken der Temperatur, als Symptom des Zerfalles einer Geschwulst» (Nr. 33.)

Bei einem Patienten mit chronischer tuberculöser Pleuritis, diffuser, parenchymatöser Nephritis, bei welchem bei der Section massenhafte im Zerfall begriffene tuberkulöse Lymphdrüsen gefunden worden waren, beobachtete J. zu Lebzeiten desselben Temperaturerniedrigung bis auf 35.2 was Prof. Wassiljew auf den Zerfall der käsigen Lymphdrüsen zurückführen will.

W. Rosanow: «Zur Casuistik der gummösen Zungenerkrankung bei Lues hereditaria tarda (Nr. 33.)

M. Holowtschiner: «Zur Frage über die Scharlach-Rötheln». (Nr. 34.)

Verf. beschreibt eine kleine Epidemie von Rubeola scarlatinosa und spricht gegenüber Henoch seine Meinung dahin aus, dass diese Erkrankung eine selbständige und nicht mit Scharlach zu identificiren sei.

M. Feodossjew: «Ueber warme und kalte Bäder bei der Behandlung fieberhafter Krankheiten». (Nr. 35.)

Verf. verwirft die Anwendung von kalten Bädern, dagegen sind die warmen Bäder sehr zu empfehlen und sollen bei allen fieberhaften Krankheiten Verwendung finden; die Angstzustände, welche in den kalten Wannen den Patienten befallen, werden bei Anwendung warmer Bäder nie beobachtet. Letztere steigern die Perspiration und wirken in massigem Grade antipyretisch, sie bedingen eine gleichmässigere Vertheilung des Blutes und erleichtern dadurch die Herzthätigkeit. Reactive Temperatursteigerung nach den warmen Bädern hat Verf. nie beobachtet, die Oxydationsprocesse werden nicht gesteigert. Die kalten Bäder, sowie die bekannten antipyretischen Mittel sollen vollständig verlassen werden.

E. Kanel: «Ein Fall von Magendilatation mit Aufstossen von brennbaren Gasen». (Nr. 35—36.)

Bei einem Patienten mit ausgesprochener Magenerweiterung traten mit dem Aufstossen leicht entzündbare Gase auf, so dass er seinen Bart mehrmals beim Anzünden einer Cigarette versengte. Die erbrochenen Massen wurden zur näheren Untersuchung der Destillation unterworfen. Im Destillat fand man Buttersäure und Milchsäure, die Quantität der Salzsäure war vermindert. Die nähere Untersuchung des Harns bestätigte den von Prof. Popow zuerst erhobenen Befund, dass der Urin in solchen Fällen immer alkalisch reagirt und sehr arm an Chloriden ist. Dem Patienten wurde zunächst Calomel 0,06 stündlich bis zur ausgiebigen Wirkung verordnet. Calomel soll nach Prof. Wassiljew die Magenschleimhaut zur stärkeren Salzsäure Secretion anregen, gleichzeitig wirkt es antimykotisch. Nachdem 5 Dosen à 0,06 verbraucht worden waren, wurde das Mittel ausgesetzt und Aqua chlori 3—6 mal täglich à 10 Tropfen verordnet, ausserdem wurden Klysmen 6—7 Stunden nach dem Essen applicirt. Das Erbrechen hörte bald auf. Nachbehandlung mit Karlsbader Mühlbrunnen.

Sch. Wolfowitsch: «Ein Fall von traumatischer Läsion der vagina bei einem 12-jährigen Mädchen durch den Coitus». (Nr. 35.)

Der Fall ist insofern interessant, als die äusseren Geschlechtstheile nur sehr geringe Läsionserscheinungen aufzuweisen hatten, während der Hauptsitz des Traumas die hintere Vaginalwand war, in dieser fand sich ein grosser Defect, aus dem eine ambundante Blutung erfolgte.

P. Awramow: Das Antipyrin als locales Anaestheticum bei Larynxtuberculose». (Nr. 36.)

Auf Grund der warmen Empfehlung des Mittels durch Neumann, wandte Verf. in einem Falle von Larynxtuberculose tuberculöse Infiltrate an der Epiglottis und den Arytaenoidknorpeln) Insufflation von Antipyrin und Amylum ana part. eq. an. Der Erfolg war ein eclatanter, die Schmerzen schwanden in kürzester Zeit; dabei war die Analgesie viel anhaltender, als bei der Anwendung des Cocains und Morphiums.

. Muchin: «Zur Lehre von der syphilitischen Spinal-Paralyse». (Nr. 36.)

Kritik der von Oppenheim neuerdings vertretenen Ansicht über die syphilitische Spinalparalyse. Verf. meint, dass Oppenheim mit Unrecht alle Fälle von Syphilis des Rückenmarks und dessen Häute in eine grosse Gruppe der «lues cerebrospinalis» vereinigt. Die Syphilis des Rückenmarks kann ganz unabhängig von derselben Affection der Rückenmarkshäute und des Gehirns auftreten, und zwar in verschiedener Form, wobei der von Erb aufgestellte Symptomen Complex ganz charakteristisch ist.

G. Munk: «3 Fälle von erfolgreicher Anwendung von Blutentziehung». (№ 37).

Die Fälle stammen aus der Ambulanz des Prof. Wassiljew in Essentucki (Sommeraufenthalt). Es handelte sich um Haemorrhoidalleidende, bei denen periodisch schwere Anfälle von Kopfschwindel und Kopfschmerzen neben Schlaflosigkeit und Aufgeregtheit auftraten. Durch Application von 3—5 Blutegeln an das Steissbein konnten die Anfälle coupirt werden.

N. Ssaweljew und R. Langerhaus: «Zur Physiologie der Glandula Thymus». (№ 38).

Vorläufige Mittheilung der im Berliner pathologischen Institute ausgeführten Experimente. Meistentheils wurden Kaninchen (29) zu den Untersuchungen gebraucht, nur 2 mal Hunde. Die Exstirpation der Thymus bei den jungen Kaninchen war mit grossen Schwierigkeiten verbunden. Häufig traten nach der Operation Diarrhoen ein, die für die Beobachtungen sehr störend waren. Im Allgemeinen hat sich jedoch das Resultat ergeben, dass die Exstirpation der Thymus keine weitere Störungen im Organismus hervorruft.

O. Maibaum: «Gujacol und Kreosot als antipyretische Mittel». (№ 39).

Die Untersuchungen wurden an der Wassiljew'schen Klinik zu Dorpat ausgeführt. Sie ergaben, dass beide Mittel, epidermal bei Fiebernden angewandt, kräftige antipyretische Wirkungen entfalten, und zwar nicht nur bei der Tuberkulose, sondern auch bei anderen acuten Infectionskrankheiten. Zur Einreibung wurden 1—2 Gramm verbraucht. Bei Abdominaltyphus wurde zuweilen ein Absinken der Temperatur von 39,5 auf 37,0 beobachtet, dabei trat auch regelmässig eine Besserung des Allgemeinzustandes ein. Das Sinken der Temperatur war um so energischer, je besser die eingefettete Parthie bedeckt wurde. Versuche mit Inhalation von 1,0—2,0 Guajacol oder Kreosot ergaben, dass die Temperatur auf diese Weise zwar zum Sinken gebracht werden kann, jedoch nur in sehr geringem Grade. Es muss desshalb bei der cutanen Wirkung dieser Mittel vor Allem das periphere Nervensystem beeinflusst werden.

Abelmann.

Westnik Oftalmologii. Juli – October 1893.

Peunow in Wladikawkas: «Die subconjunctivalen Sublimatinjectionen in der Augenpraxis».

Mit der Pravaz'schen Spritze injicirte er 1–4 Theilstiche einer 1 : 3000 und 1 : 2000 Sublimatlösung, 1—2 Mm. vom Hornhautrande. Die Schmerzhaftigkeit ist gering. Das Oedem hält sich 2—7 Tage lang. Zuweilen bildet sich an den Injectionsstellen eine leichte narbige Verklebung der Bindehaut. Je nach dem Falle wurden von einer bis zu zehn Injectionen im gesammten Verlaufe der Erkrankung gemacht. In Summa kamen ca. 140 verschiedene Erkrankungen zur Behandlung. Ausser der Injectionen wurde stets die übliche locale und allgemeine Therapie gleichzeitig gehandhabt.

Peunow ist mit seinen Resultaten im allgemeinen sehr zu frieden. Keratitis parenchymatosa. 23 Fälle. Die besten Resultate gaben die Fälle luctischen Ursprungs. Je früher man mit den Injectionen beginnt, um so besser das Endresultat. Die Injectionen in 8–10 tägigen Pausen wiederholt. Es werden 4 Krankengeschichten mitgetheilt.

Ulcera corneae und Hypopion Keratitis. 22 Fälle. Bei den einfachen Geschwüren nützen die Injectionen anscheinend nur wenig. Bei gleichzeitiger Iritis und Hypopion ist die Wirkung eine überraschend gute. Schon nach einer Injection gehen alle Reizerscheinungen wesentlich zurück und wird das Hypopion schnell resorbirt. Besteht Lues oder scrophulöser Habitus, so helfen die Injectionen auch bei den einfachen Geschwüren bedeutend. 3 Krankengeschichten.

Iritiden. 28 Fälle. 1–5 Injectionen in 3- bis 7-tägigen Pausen. Welchen Ursprungs die Iritis auch sein mag, die Injectionen werden stets gut vertragen und kürzen das Leiden auf die Hälfte der sonst zu beobachtenden Dauer ab. Sehr schnell schwinden die Ciliarneuralgien. 4 Krankengeschichten.

Iridocyclitis traumatica. 16 Fälle. 1–3 Injectionen. Hierher auch Fälle von Iritis und Cyclitis nach Extraction. 1 : 2000, 3 Theilstriche. Die Resultate sollen in dieser Gruppe die schönsten gewesen sein. Je früher man mit den Injectionen beginnt, um so besser! 10 Krankengeschichten.

Iridochorioiditis traumatica, Ophthalmia sympathica. 3 Fälle. 1 : 2000, alle 3 Tage 2–3 Theilstriche, in Summa 3–6 Injectionen. Alle drei Fälle werden ausführlich

mitgetheilt. Peunow ist der Meinung, dass zweifellos die Injectionen die sympathische Entzündung aufhielten, und meint, dass so manche Enucleation bei dieser Behandlung unnöthig werden dürfte.

Chorioiditis, Chorioretinitis et neuroretinitis. 31 Fälle bei weitem die Mehrzahl waren chronische Fälle. Die Resultate sollen hier «auffallend gute» gewesen sein. 3 bis 10 Injectionen. 1 : 3000, 2 Theilstriche. 7 Krankengeschichten. Die besten Resultate auch in dieser Gruppe bei luetischer Basis.

Atrophia nervi optici. Negatives Resultat.

Opacitas diffusa corporis vitrei oculi sinistri. 22 j. Frau $V=\frac{1}{50}$. Patientin leidet an Kopfschmerzen, sonst Anamnese negativ. Vom 8. bis 20. Dec. 2 Injectionen 1 : 2000 je 1 Theilstrich. Am 3. März V=0,1. Vom 3. bis 26. März 3 Injectionen 1 : 3000, je 2 Theilstriche. Am 26. März V=0,5!

Embolia arteriae centralis retinae. 40 a. n. Conducteur an der Eisenbahn. V=0 oc. sinistri. Vom 19. April bis zum 5. Mai 5 Injectionen 1 : 2000, 1 Theilstrich. Patient erkennt grobe Gegenstände und zählt Finger in der Nähe. Der Mann litt an Wechselfieber, und soll früher auch nierenleidend gewesen sein.

Peunow empfiehlt die Injectionen zu weiteren Nachprüfungen auf das Wärmste.

R. Katz: «Zur Lehre der peripheren Lichtempfindlichkeit des Auges».

Katz bringt die Resultate, welche er mit seinem Apparate (Confer. Centralblatt für Augenheilkunde 1893) erzielte. Je weiter zur Peripherie hin, um so mehr nimmt die Lichtempfindlichkeit natürlich ab. Bei abnehmender Beleuchtung wird der Unterschied zwischen der Lichtempfindlichkeit des Centrums, und der Peripherie der Netzhaut allmählich ausgeglichen.

A. Dobroserdof: «Nochmals die Grösse der Augenspalte und das Trachom».

Schon früher hatte D. auf Grundlage vorgenommener Messungen behauptet, dass Form und Grösse der Augenspalte von Einfluss seien auf die Ausbreitung des Trachoms. Er hat seine Messungen und Untersuchungen im Kasan'schen Gouvernement fortgesetzt. Die russischen Bauern haben eine Augenspalte von 28,55 Mm. Länge und 9,06 Mm. Breite bei 13 pCt. Trachomkranken (der Gesammtbevölkerung der gezählten Dörfer). Die Tscheremissen 27,23 Mm. lange und 8,26 Mm. breite Augenspalte mit 55 pCt. Trachomkranken.

J. Günsburg (in Woronesch): Kasuistische Mittheilungen.

1) Abreissung der Iris an der Basis (Ciliarkörper) veranlasst durch Faustschlag.

2) Iriscyste. Trauma war vorausgegangen, unbekannt mit welchem Gegenstande und in welcher Weise. Operation wurde verweigert. Auge ging an chronischer Irido-Chorioditis zu Grunde.

3) Mehrfache Risse der Aderhaut. Vor 8 Jahren Stockschlag. Eine schematische Skizze ergänzt die Beschreibung des Falles.

4) Eine seltene Form von Colobom der Iris und Chorioidea. Die rechte Pupille hat Steigbügelform, die linke Pupille war eiförmig, mit dem stumpfen Ende nach oben. Rechts ein rundes Chorioidealcolobom nach unten in 1 Papillendurchmesser Abstand vom Sehnerven. Links nach unten zunächst ein grosses kreisrundes und weiter abwärts ein längliches Aderhautcolobom. Zwischen diesen beiden ein schmaler Streifen normaler Chorioidea. An beiden Augen zahlreiche Pigmentanhäufungen.

5) Ein Fall von Colobom der Iris und Chorioidea mit normalem Gesichtsfelde. Das Colobom der Iris birnförmig, abwärts; das Colobom in der Aderhaut dreieckig, abwärts. Viel Pigmentveränderungen. Weder mit weissen noch mit farbigen Objecten ein Defect im Gesichtsfelde nachweisbar.

6. Cyste des unteren Lides mit Microphthalmos. Ein 4 wöchentliches Kind. G. entschloss sich zur Operation — wahrscheinlich nur um das Präparat zu erhalten — ein in diesem Alter immerhin gewagtes Vorgehen!

Der Inhalt der Cyste war dünnflüssig und hell-gelb-bräunlich. Es gelang die vordere Wand der Cyste zu excidiren. Die anatomische Untersuchung des Präparates ergab: die Wand bestand aus 2 Schichten. Die äussere bindegewebige bot nichts Bemerkenswerthes. Die innere Schicht enthielt Elemente körniger Art, offenbar Reste der embryonalen Retina. Die Befunde stützen die Hypothesen Arlt's nach welcher diese Lidcysten aus einem Theile der Augenblase entstehen.

A. Dobroserdow in Elisawetgrad: «Zur Kasuistik der bandförmigen Hornhauttrübungen».

Germann.

N. W. Gagarin: Ueber die Injectionen von Sublimat unter die Bindehaut des Auges. (Diss. St. Petersburg 1893).

Die Arbeit ist aus dem Krankenmateriale der St. Petersburger Augenheilanstalt und unter der Egide des Herrn Dr. Grafen Magawly hervorgegangen. Zunächst wurde cocainisirt und dann mit der Pravaz'schen Spritze eine Lösung von 1 : 1000 injicirt. Späterhin wurde, um die Schmerzhaftigkeit zu verringern, der Sublimatlösung eine 3 pCt. Cocainlösung hinzugefügt (1 p. Sublimat auf 1000 p. 3 pCt. Cocainlösung). Im Durchschnitt wurden dem einzelnen Patienten 4 Injectionen im Verlaufe von 10 Tagen gemacht, jedoch kamen hier grosse Abweichungen vor. Vertrug der Patient die Injection gut und hatte die Injection einen sichtbaren Erfolg gehabt, so wurde möglichst bald selbst nach 14 Tagen die Injection wiederholt. Trat starke Reizung und Injection auf, so musste zuweilen so lange gewartet werden, bis alle Reizerscheinungen schwanden, ehe die zweite Injection folgte. Half die erste oder zweite Injection sichtlich nicht, so wurde der Fall nicht anders weiter behandelt. Ausser den Injectionen wurde die übliche locale und allgemeine Therapie ebenfalls angewandt, jedoch ist auch eine Reihe von Fällen ausschliesslich mit Injectionen behandelt worden.

Bei jeder Injection wurden zwei Theilstriche injicirt. Zur Behandlung kamen: Luetische Iritiden 8 Fälle. Der Effect ist in diesen Fällen sehr gut! Die Schmerzen schwanden oft schon nach einigen Stunden. Volle Heilung wurde in 6–8 Tagen erzielt!

Iritis plastica rheumatica. 9 Fälle. Auch in diesen Fällen waren die Injectionen von günstiger Wirkung. Zu bemerken ist, dass in allen diesen 9 Fällen keine Mydriatica gebraucht wurden, und das Auge einfach trocken verbunden wurde.

Irido-chorioiditis post febrim recurrentem 6 Fälle. Ebenfalls sehr guter Erfolg.

Irido-chorioiditis specifica, Iridocyclitis purulenta, Irido-chorioiditis sympathica Iridocyclitis traumatica — in Summa 9 Fälle. In allen Categorien gute Erfolge. Stets hörten die Schmerzen bald nach der Injection auf.

Keratitis parenchymatosa. 20 Fälle. In dieser Krankheit leisten die Injectionen so gut wie garkeinen Nutzen, einerlei ob zugleich local behandelt wurde oder nicht.

Ulcus corneae cum Hypopio. 9 Fälle. Hier war der Erfolg ungleich. In manchen Fällen trat jedoch schnelle und gute Besserung ein, das Hypopion schwand sogar in Stunden, die Schmerzen hörten auf, die bestehende Iritis ging zurück.

Vulnus corneae perforans, con aut sine hypopio, cataracta traumatica, irido-cyclitis. 5 Fälle. Auch hier waren die Injectionen von Nutzen. Die Schmerzen hörten stets alsbald auf, das Hypopion war bis zum anderen Morgen resorbirt oder stark vermindert.

Episcleritis und Scleritis 3 Fälle. Kein Erfolg.

Glaucoma degenerativum. 2 Fälle. Schmerzen wurden gebannt und zeitweilige allgemeine Besserung erzielt.

Chorio-retinitis disseminata 1 Fall. Kein Erfolg.

Neuritis 2 Fälle. Kein Erfolg.

Pannus crassus sive carnosus et Trachoma [illegible] Fälle. Gaben über Erwarten gute Resultate. Visus hob sich von Fingerzählen auf fast $^{4}/_{10}$.

In jeder Gruppe werden einzelne ausführliche Krankengeschichten mitgetheilt.

Germann.

Дозв. ценз. Спб. 27 Ноября 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № [illegible]

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 9. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». **1893.**

Wratsch № 35–42.

S. Lewaschow: «Bacteriologische Methoden zur Behandlung von Infectionskrankheiten beim Menschen überhaupt und die Behandlung des Flecktyphus mit Serum im Speciellen». (№ 35, 36, 37, 38).

Nach Besprechung der Behandlung von Infectionskrankheiten mit Pasteur'scher Impfung und der Methode Cantanis, welcher die eine Bacillusart durch Impfung mit einer anderen zu behandeln versuchte in der Hoffnung, die Lebensenergie einer Bacillusart würde eine im Körper befindliche andere durch Entfaltung antagonistischer Wirkung zu nichte machen (Behandlung der Tuberculosis mit Einathmen von bact. termo), kommt Verf. auf die Serumtherapie zu sprechen und fasst den jetzigen Stand der Frage auf Grundlage der Arbeiten von Behring, Kitasato, Klemperer, Ehrlich und And. zusammen. Verf. bespricht die diesbezüglichen Versuche an Thieren, sowie die wenigen Versuche an Menschen, die an Tetanus erkrankt waren. Zahlreicher sind die Versuche an Pneumonikern angestellt, welchen bis zu 130 Cbcm. Serum von Individuen, welche unmittelbar vorher die croupöse Lungenentzündung durchgemacht hatten, in die Vene infundirt wurde. Ueber den Erfolg lässt sich kein definitives Urtheil fällen. L. hat 156 Pat. an Flecktyphus behandelt, von denen 3 gestorben sind. An 32 von diesen wurde die Serumtherapie angewandt. Das Serum wurde lege artis von Patienten gewonnen, welche sich im Zeitpunkt von 7–18 Tage nach der Genesung befanden. Es wurden anfangs nur wenige Cbcm., später bis zu 233 Cbcm. injicirt. Verf. ist zu dem Resultat gelangt, dass das von immunen Individuen entnommene Heilserum keinen merklichen Einfluss auf den Verlauf ausübt, die Krankheitsdauer wird nicht abgekürzt, eher etwas verzögert, nur eine geringe Abnahme der Temperatur ist zuweilen zu constatiren. Theoretisch erklärt sich L. den Sachverhalt auf die Weise, dass bloss ein ganz geringer Theil des innewohnenden Infectionsstoffes durch Einführung des immunisirenden Serums neutralisirt wird.

L. Orlow: «Ueber die Mikroben des Tetanus». (№ 34, 35, 36).

Eingehende Beschreibung der Technik. Auf Agar-Agar bilden die jungen Colonieen grauliche Punkte, von denen dünne Radien centripetal verlaufen; in den Stichculturen nehmen sie das Aussehen eines Stammes mit ausstrahlenden Aesten an.

A. Brandt: «Biologische Betrachtungen». (№ 35, 38).

Der Gegenstand der Betrachtung ist die Brown-Séquard'sche Spermin-Behandlung.

W. Dolganow: «Bericht über die Thätigkeit der fliegenden Colonne zur Hilfsleistung bei Augenleiden im Ostaschkowschen Kreise des Gouvernement Twer». (№ 36, 38).

Im vorigen Jahre wurden mehrere fliegende Colonnen in verschiedene Gouvernements abgesandt, die sich an irgend einem Knotenpunkt auf dem flachen Lande niederliessen. D. hat in den Spätsommermonaten 1111 Kranke behandelt; die grösste Frequenz gaben die Hornhautkrankeiten ab (413); stationär wurden 228 behandelt, operativ 423.

A. Kissel: «Zur Frage über das specifische Gewicht des Harns bei Kindern und über den Gehalt an freier Harnsäure in demselben». (№ 36, 37).

Das specifische Gewicht war öfters bei fieberlosen Kindern bis zu 1025 erhöht. Die Anwesenheit freier krystallinischer Harnsäure kommt häufig genug vor bei gesunden Kindern.

W. Buschew: «Zur Feststellung der Tauglichkeit zum Dienst». (№ 36).

Th. Omeltschenko: «Cholerabacterien im Ascaris lumbricoides». (№ 37).

Bei der Section eines an Cholera Gestorbenen fanden sich im Dünndarm Ascariden. Ein solcher wurde nach gründlicher Desinfection unter den erforderlichen bacteriologischen Cautelen mit sterilem Messer aufgeschnitten und der Dünndarminhalt in Gelatine geimpft; es wuchsen typische Choleraculturen. Ausserdem konnte man deutlich im Dünndarminhalt der Ascariden unter dem Mikroskop Cholerabacillen nachweisen.

N. Popow: «Ueber die Behandlung der an Meerschweinchen hervorgerufenen Cholera mit Milchserum einer vaccinirten Kuh und über die Wirkung der Verdauungsgährung auf das immunisirende Agens dieses Serums». (№ 37 u. 38).

Vorläufige Mittheilung.

M. Glybokowsky: «Nochmals über die Casse von Tschistowitsch». (№ 37).

K. Wagner: «Salzsäure im Magensaft des Hundes». (№ 39).

Die Salzsäure des Magensaftes ist die vorherrschende Chlorverbindung; der allgemeine Säuregrad hängt von dem Gehalt an freier HCl ab.

M. Gussew: «Zur Frage über den Einfluss der russischen Wanne auf den Eiweissumsatz bei Gesunden». (№ 39).

Vorläufige Mittheilung.

Der N-umsatz wird vermehrt.

G. Wlaew: «Zur Frage der Virulenz und Lebensdauer des Cholerakeimes in den Dejectionen». (№ 39).

W. prüfte die Virulenz von Cholerabacterien in einem Kolben mit Choleradejectionen, die ½ Jahr im Laboratorium gestanden hatten. Die halbjährige Reincultur erwies sich 40 mal schwächer als eine frische. Das Wachsthum im Reagenzglase, die Entwickelung der Colonieen auf den Petri'schen Schalen war verzögert.

A. Levin: «Ueber die sibirische Pest beim Menschen». (№ 40 und 41).

Ein Rückblick auf die in den letzten Jahren erschienenen Arbeiten in dieser Frage und eigene Beobachtungen.

M. Koch: «Zwei Fälle tödtlicher Blutung aus varicösen Knoten bei Schwangeren». (№ 40).

Im ersten Fall Tod durch Verbluten aus einem durch beständiges Harnträufeln arrodirten Schleimhautriss in der Nähe der Urethralmündung. Im zweiten Fall Verblutung aus einem durch ein Trauma geplatzten Varix.

N. Wolkowitsch: «Ein Fall von Schwefelsäure-Vergiftung. Die Veränderung im Oesophagus und Magen und die Schwierigkeiten und Zufälligkeiten, welchen ein chirurgischer Eingriff begegnen kann. Ueber die Bedeutung der Gastropexie, als einer selbstständigen operativen Methode». (№ 40).

1½ Monate nach Einführung des Giftes wurde die 21jährige Patientin gastrostomirt. Der hochgradig geschrumpfte Magen, der die Form des S romanum hatte, lag sehr hoch, war mit seiner hinteren Fläche in der Tiefe verwachsen, so dass es nur gelang die dem Pylorus anliegende Partie aufzuziehen und zu fixiren. Eine heftige Magenblutung führte nach einer vorgenommenen Sondirung des Oesophagus am 18. Tage post operationem zum Tode. Die Section zeigte, dass die Innenfläche des Magens zur Hälfte der Schleimhaut entblösst war, der Magen war mit Blutgerinnseln gefüllt, über Erwarten weit, so dass Verf. annimmt, die Schleimhautflächen des Magens seien mit einander verwachsen gewesen, die Verwachsung hatte sich, hervorgerufen durch die Sondirung der Speiseröhre, gelöst und zur tödtlichen Blutung geführt. Verwachsung des Magens mit Milz etc. Speiseröhre narbig stricturirt, für eine Bleifeder durchgängig. Starke Verengerung des Pylorus.

Die Gastropexie, d. h. Vernähung des Magens mit der vorderen Bauchwand, hat öfters den Effect, dass die krampfhaften Spasmen des Oesophagus schwinden und das Lumen leichter für die Nahrung passirbar wird: daher sei die Gastropexie ohne Eröffnung der Magenwand in verzweifelten Fällen der Gastrostomie vorzuziehen.

M. Kasansky: «Die desinficirende Wirkung einiger chemischen Substanzen auf die Cholerabacillen». (№ 40 u. 42).

Sublimat, Arg. nitric., Salicyl-, Bor-, Carbol-, Gerbsäure, Chin. mur., Pyoctanin, grüne Seife etc. wurden in den verschiedenen Concentrationsgraden geprüft.

W. Koch (Dorpat): «Ein seltener Fall von Echinococcus». (№ 41).

Vor 5 Jahren merkte Pat. eine Anschwellung in der Lebergegend, der Tumor nahm die obere rechte Bauchgegend bis zur Höhe des Nabels ein. Im Harn Eiweiss. In der durch Probepunction gewonnenen Flüssigkeit wurden Echinococcushäkchen gefunden. Zweizeitige Operation, Entleerung von 2000 Cbcm. einer hellgelben Flüssigkeit mit viel Häkchen und 5 Tochterblasen, Entfernung des Sackes. Die chemische Untersuchung (Dragendorff) ergab: Eiweissbestandtheile 0,8 pCt., Chlor 0,5 pCt. in der Asche, Globulin, Propepton und Harnstoff in Spuren; Gallenbestandtheile, Zucker und Bernsteinsäure fehlten. Verf. sieht die Niere als Sitz des Echinococcus an aus folgenden Gründen: 1) Abwesenheit von Zucker, Gallenbestandtheilen und Bernsteinsäure in der Flüssigkeit. 3) Gegenwart von Eiweiss. 3) Auftreten von Urin in der Cyste nach der Operation (analog dem Nachsickern von Galle nach Eröffnung eines Leberabscesses).

S. Elzina: «Das Resultat der sanitären Inspectionen der Prostituirten im Nowgorodschen Gouvernement von 1888—1892». (№ 41).

Statistische Uebersicht.

Herzenstein: «Die weiblichen Aerzte auf dem Gebiet der praktischen Thätigkeit». (№ 41).

Bericht über die Thätigkeit weiblicher Aerzte in Russland.

A. Poehl: «Zur Frage über die Erhöhung der Alkalescenz des Blutes vermittelst mineralischer Wässer». (№ 41).

Experimentelle Untersuchung mit Vichy, Mühlbrunnen, Kochsalzlösung und Borshom.

B. Kijanowsky: «Eine neue Methode der Fettbestimmung in der Milch». (№ 42).

Ein neu construirter Apparat, mit dem Verf. Controllversuche mit gutem Resultat ausgeführt.

N. Lunin: «Sarcom der Bauchhöhle bei einem 2jährigen Knaben». (№ 42).

Die Neubildung ging von den retroperitonealen Lymphdrüsen aus, füllte die linke Bauchgegend aus, der histologischen Structur nach erwies sich der Tumor als Rundzellensarcom.

S. Cholmogorow: «Ueber die Entfernung des Uterus mit einem interstitiellen Fibrom per Vaginam». (№ 42).

Casuistischer Fall.

Lingen.

Westnik obschtschestwennoi gigieny, sudebnoi i praktitscheskoi mediciny. 1893. Januar—Juni.

A. W. Pogoshew: «Städtisches Sanitätswesen in Moskau». (Jan. — Febr.)

Reiches Material, zum Referat ungeeignet.

S. F. Lebedew: «Die örtlichen Bedingungen, welche zur Entwickelung von Cholera Epidemicen disponiren und davor schützen nach den Lehren von P. Ch. Pauly». (Jan.)

Verf. ist Localist und zwar in dem weiteren Sinne Pauly's. Das Werk Pauly's «Climats et Eudémies», dessen Thesen Verf. durch Mittheilung epidemiologischer Beobachtungen zu stützen suchte, ist übrigens 8 Jahre vor Entdeckung der Cholera-Vibrionen erschienen.

M. D. Nikitin: «Die Lehre von den plötzlichen Geburten». (Jan., März, Apr.).

Allgemeiner Theil.

I. Statt des üblichen Ausdruckes «praecipitirte» Geburten, schlägt Verf. die Bezeichnung «plötzliche» Geburten vor und giebt dafür folgende Definition: Es sind dies solche Geburten, bei denen das Kind unerwartet sowohl für die Mutter selbst, als auch für ihre Umgebung an einem ungewöhnlichen Ort oder in einer für die Gebarende ungewöhnlichen Lage zur Welt kommt.

II. Als aetiologische Momente für die plötzlichen Geburten werden angeführt: 1) Falsche Berechnung des Niederkunftstermins von Seiten der Schwangeren, 2) Verwechslung der Geburtswehen mit Stuhldrang 3) die Nothwendigkeit zum Zweck der Niederkunft nach einem entfernten Ort zu reisen, 4) Unachtsamkeit seitens des medicinischen Personals, wodurch Sturz des Kineds auf die Diele oder in das Defäcationsgeschirr vorkommt.

III. Unter der Pathologie der plötzlichen Geburten bespricht Verf. die Folgen für die Mutter: Dammrisse, Retention von Placentar- und Eihautresten, Erkältungen. Meistens jedoch sollen die plötzlichen Geburten ohne üble Folgen für die Mutter verlaufen.

IV. Die Prophylaxe kann sich naturgemäss nur auf die Gebäranstalten und die Privatpraxis beschränken. Die Therapie folgt den allgemeinen Principien artis obstetriciae.

Gerichtsärztlicher Theil.

I. Ueberblick über die historische Entwickelung und den gegenwärtigen Stand der Frage von der plötzlichen Geburt in der gerichtlichen Medicin.

II. Aetiologie der plötzlichen Geburt, Feststellung ihres Begriffes vom gerichtsärztlichen Standpunkt und über die Dauer heimlicher Geburten.

Als aetiologisches Moment in forensischem Sinne betrachtet Verf. auch den Wunsch die Geburt zu verbergen, daher modificirt er seine frühere Definition für den Gerichtsarzt dahin, dass er unter einer plötzlichen Geburt eine solche versteht, welche beabsichtigt oder unbeabsichtigt an einem ungewöhnlichen Ort und in einer für die Gebärenden ungewöhnlichen Stellung erfolgt.

III. Pathologie der plötzlich geborenen Kinder bei nichtverheimlichten und bei geheimen Geburten. Bei Geburten der erstgenannten Art ist nach den statistischen Erhebungen des Verf. die Gefahr für die Kinder sehr gering; umgekehrt verhält es sich bei den heimlichen Geburten.

IV. Diagnose der plötzlichen Geburt. Verf. legt das Hauptgewicht auf den Sectionsbefund am Kinde.

Die ganze Abhandlung enthält eine grosse Anzahl forensisch interessanter casuistischer Mittheilungen.

M. W. Ignatiew: «Bericht über die Fürsorge der Geisteskranken und deren Behandlung in Russland pro 189[illegible]». (Jan., März, Apr.).

Zusammengestellt nach officiellen Daten.

K. P. Ssulema: «Die Abwässer der Rübenzuckerfabriken und die Mittel zu ihrer Unschädlichmachung». (Febr. — März).

Umfangreiche Arbeit. Eingehende Beleuchtung der vorhandenen Literatur. Bedeutendes eigenes Untersuchungs- und Beobachtungsmaterial. Kritik und praktische Schlussfolgerungen. Die Ausführung der praktischen Vorschläge nur ausführbar nach der allseitig dringend verlangten Reform der sanitären Gesetzgebung für das Fabrikswesen.

A. Ch. Ssabinin: «Die Cholera-Epidemie von 1892 in der Stadt Woronesh und ihren Vorstädten». (Febr.).

Als allgemein interessant ist aus dem Bericht Folgendes hervor zu heben:

Es hat sich die Einschleppung der Cholera durch Z[illegible] nachweisen lassen. Die Wasserversorgung der Stadt ist eine gemischte und besteht zum Theil aus tadellosem Leitungswasser, z. Th. aus Brunnenwasser, welches aus verschiedenen Teichen stammt, z. B. aus dem Wasser des stark verunreinigten Flusses. Die Benutzer des letzteren erwiesen sich als besonders stark von der Epidemie heimgesucht. Desgleichen konnte in den Vororten constatirt werden, dass dort wo Tiefbrunnen benutzt wurden die Morbilität schwächer war als in d[illegible], welche ihr Nutz- und Trinkwasser aus dem Fluss schöpften. Nach einem Ort, Lask. wurde während der Epidemie die städtische Wasserleitung weiter hingeführt, worauf sofort eine Abnahme der Erkrankungen daselbst auffiel.

A. Tscherewkow. «Die Lebensfähigkeit der Typhusbacterien in sterilisirtem und «rohem» Wasser». (Febr.).

Experimentelle Arbeit, welche Verf. zu folgenden Schlüssen führt:

1) Die Typhusbacterien gehen nur scheinbar in 3—4 Wochen, nachdem sie in sterilisirtes Wasser ausgesäet sind, zu Grunde; sowohl nach Aufbewahrung bei Zimmertemperatur als auch bei 0° kann man ihre Anwesenheit noch viel länger (als 3 Wochen nachweisen, wenn man die Bedingungen des Substrates, in welchem sie sich bis dahin befanden, verändert.

2) Wird das mit Typhusbacterien inficirte Wasser [illegible] drigerer Temperatur aufbewahrt, so wirkt dies lebenverlängernd auf die genannten Bacterien.

3) Nicht nur die Typhus- sondern auch die Wasserbacterien gehen (anscheinend) in stehendem Wasser zu Grunde; indessen leben einige Formen derselben bei gleichen Temperaturverhältnissen länger als die Typhusbacterien.

4) Wenn die Typhusbacterien in dem Wasser, welches bei 0° gestanden hat nicht mehr durch Gelatineculturen nachgewiesen werden können, so kann man sie auch nicht mehr wiederbeleben (d. h. sie zur Bildung von characteristischen Colonieen bringen) dadurch, dass man das Wasser in Zimmertemperatur überführt. Ihre Wiederbelebung wird z. Th. begünstigt durch 2 gemeinsam angewandte Factoren: Temperatur von 30—37° C. und darauf Ueberimpfung des inficirten Wassers auf Agar. Aber noch erfolgreicher kann man den Scheintod der Typhusbacterien im Wasser aufdecken, wenn man nur einen Tropfen davon in sterile Bouillon (FPB) überträgt und diese bei 30—37° C. hält. Schon am nächsten Tage lassen sich dann Typhusbacterien constatiren.

5) Die Typhusbacterien können, ausserhalb der Concurrenz mit anderen (Wasser-)Bacterien in absolut sterilisirtem Wasser nicht nur 2—3 Wochen, wie bisher festgestellt worden war, sondern viel länger — bis zu drei Monaten lebensfähig erhalten werden.

A. W. Pogoshew. «Juridische Missverständnisse in der sanitären Fabrikscontrolle». (Febr.).

Verf. postulirt: Verkleinerung der Inspectionsbezirke. Attachirung eines medicinischen Beirathes zu den technischen Inspectoren.

Gründung besonderer Commissionen in den grösseren Fabrikscentren unter Berufung von Juristen, Technikern und Aerzten.

N. A. Solotawin. «Die Bastgewebe-Industrie im Roshdestwenschen Bezirk des Ochanschen Kreises im Gouv. Perm». (März).

Beleuchtung der angegebenen Industrie vom hygienischen Standpunkt. Die Gefahren für die Arbeiter liegen weniger in der Beschäftigung als solcher, als in den unhygienischen Bedingungen, in welche sie durch die Gleichgiltigkeit oder den Geiz der Fabriksherren gesetzt werden.

N. Lawrow. «Ueber den Einfluss des Alters der Erzeuger und anderer Factoren auf das Geschlecht der Frucht». (März).

Auf Grund eigener Beobachtungen giebt Verf. zu, dass folgende 4 in der Literatur bereits vielfach besprochene Factoren auf das Geschlecht der Frucht von Einfluss sind: 1) das Alter der Erzeuger. 2) die geschlechtliche Energie und die Häufigkeit der Cohabitationen. 3) die Befruchtungszeit (Lebensenergie des Eies). 4) Ernährung der Frucht. Die grösste Bedeutung misst jedoch Verf. der Ernährung der Eltern und der Frucht bei (mangelhafte Ernährung — Knaben, gute Ernährung — Mädchen).

W. M. Michailow. «Material zur Frage von der Verbreitung der Syphilis auf dem Lande». (März).

Unter Anderem: In einem Jahr hat Verf. auf dem Lande unter 53 Condylomatösen nur 11 gefunden, welche sich auf geschlechtlichem Wege inficirt hatten, die übrigen 42 waren aussergeschlechtlich erkrankt.

B. J. Ssubbotin: «Zur Casuistik des Mordes mit kalter- und Feuer-Waffe». (März).

Mord ausgeführt von mehreren Personen. Schrotschüsse, Schlag mit einem Pfahl, Stiche mit Mistgabel und Pike.

W. W. Swjatlowski: «Getreidemüllerei und Brodbäckerei in hygienischer Beziehung». (April).

Meist referirenden Inhalts. Einige eigene Beobachtungen.

R. O. Butkewitsch: «Ein Fall von andauerndem Hunger». (April).

Am 24. November 1892 legt sich ein Bauermädchen von 17 Jahren neben einer Scheune an der Landstrasse schlafen, nachdem es viel gegangen ist und sich erschöpft hat. In der Nacht fällt reichlich Schnee. Dem ermüdeten Mädchen gelingt es nicht sich durch den Schnee zu arbeiten und es fügt sich in sein Schicksal. Allmählig verzehrt es 5 Stückchen Brod, welche es durch Betteln zuvor gesammelt hatte; darauf isst es Schnee; schliesslich nichts mehr.

Am 14. Januar 1893 wird es ausgegraben und allmählig wieder vollständig hergestellt. Der Status am 15. Januar war folgender. Haut kühl, bleich, im Gesicht runzlig. Allgemeine Hautdecken besonders im Gesicht oedematös. Auffallende Blässe der Schleimhäute. Panic. adip. geschwunden. Muskulatur schwach. Knochengerüst normal und gut entwickelt. Kopfhaar gesträubt, hart, trocken. Augen trübe, Conjunctiva blass, an den Lidrändern rosa; Pupillen gleichweit, reagiren normal. Mund halb geöffnet; Lippen schmal, lassen die weissen Zähne durchblicken. Zunge blassrosa, zittert beim Herausstrecken, besonders an der Spitze. Stimme schwach, kindlich. Sprechen ermüdet schnell und hat Somnolenz zur Folge. Fragen werden klar und logisch beantwortet. Respir. 26 von gemischtem Typus; Puls klein 84; Temperatur 38 C. Leib etwas aufgetrieben, im Hypochondrium empfindlich. Herz von normalen Dimensionen, Töne rein, aber schwach. In den Gefässen anämische Geräusche. In den Lungen scharfer Vesiculärathmen, an den Spitzen etwas schwächer. Leber, Magen, Geschlechtsorgane ohne merkliche Veränderung. Auf der linken Körperhälfte, auf welcher das Mädchen gelegen, Decubitus an mehreren Stellen und von verschiedener Ausdehnung z. Th. mit festen Borken bedeckt. Anfangs sehr spärliche Urinausscheidung und Defäcation.

Bemerkenswerth ist noch der Umstand, dass das Mädchen keine Erfrierungen aufwies, trotzdem gerade um jene Zeit Fröste bis 35° R. gewesen waren.

P. W. Zesarewski: «Skizze der hygienischen und Existenz-Bedingungen der Eisenbahnbeamten und Arbeiter». (Mai — Juni).

Sehr reichhaltiges Material. Zum Referat nicht geeignet.

E. F. Bellin: «Zur Sache vom gewaltsamen Tode der Alexandra Odasson im Charkow'schen Landschaftshospital». (Mai — Juni),

Allem Anscheine nach während eines Bändigungsversuches erfolgte Erwürgung, welche die Thäter durch Umwickeln eines zusammengelegten Lakens um den Hals als Selbstmord hinzustellen versucht haben.

D. P. Nikolski: «Die Sanitätscontrolle der Elementarschulen Moskau's und St. Petersburgs und die Morbilität unter ihren Schülern». (Mai und Juli).

Verf. kommt zu sehr wenig erfreulichen Resultaten. Bezüglich des reichen Zahlenmaterials muss auf das Original verwiesen werden.

A. Abutkow: «Die Aethersucht und ihr Auftreten in Livland». (Mai).

Aethersüchtige im eigentlichen Sinne des Wortes giebt es nicht in Livland, dagegen viele, welche sich an aetherhaltigen Getränken berauschen, welche unter den verschiedensten Namen in den Handel gebracht werden. Verf. giebt vornehmlich 2 Quellen für die Verbreitung der Aethertrunksucht an. Erstens den Brauch vieler Kaufleute, die vom Lande zu Einkäufen in die Stadt kommenden Bauern mit ätherhaltigen Getränken zu tractieren und zweitens die Zulassung der Hoffmannstropfen zum Handverkauf in den Apotheken.

P. J. Kowalewski: «Zur Lehre von der Morphiomanie». (Juni).

Nichts wesentlich Neues.

O. B. Petersen: «Ueber die Verbreitung der Lepra in Russland». (Juni).

Zusammenstellung nach den officiellen Daten des Medicinal-Departements nebst Vorschlägen zur Verbesserung der statistischen Erhebungen bezüglich der Lepra im russischen Reich.

Wladimirow.

Chirurgitscheskaja Ljetopissj.

Band III, Heft 4.

W. Serenin. «Die Behandlung der Knochenbrüche mit Massage».

Nach den üblichen Literaturangaben, die übrigens recht unvollständig sind, theilt S. die Krankengeschichten von 18 Patienten mit, deren Fracturen er mit frühe begonnener Massage behandelt hat (anhangsweise sind weitere 4 Fälle mitgetheilt). Im Allgemeinen war die Behandlung folgende. Sofort nach Eintritt der Kranken wurden die Fragmente in richtige Lage gebracht und entweder durch grosse Gypsverbände fixirt oder auf einfachen Draht- oder Pappeschienen ruhig gestellt, je nachdem Neigung zu Dislocation bestand oder nicht; selten wurde extendirt. Die Gypsverbände wur-

den nach vollständigem Erhärten, gewöhnlich nach 2 Tagen, durch 2 seitliche Längsschnitte geöffnet, die obere Hälfte wurde abgehoben und die Extremität sofort massirt, soweit sie entblösst war. Die Extremitäten, die nicht in Contentivverbänden fixirt waren, wurden, wenn die Empfindlichkeit der Fracturstelle es zuliess, vom ersten Tage des Hospitalsaufenthalts an täglich massirt. Etwa von der 2. Woche an wurden passive Bewegungen der Gelenke und Muskelknetung vorgenommen. S. massirt auch bei complicirten Fracturen, wenn die entzündlichen Erscheinungen nachgelassen haben, die Temperatur normal ist und keine Eiterheerde vorhanden sind. Das Gehen mit Krücken gestattet S. erst, wenn an der Fracturstelle keine Beweglichkeit mehr existirt. Die mitgetheilten Resultate sind recht günstig. Die subjectiven Beschwerden schwinden sehr schnell. Eine Fractura claviculae heilte in 17 Tagen, eine Rippenfractur in 21 Tagen. Vorderarmbrüche waren durchschnittlich in 19 Tagen fast verwachsen, Oberschenkelbrüche bei Kindern im Alter von 6 und 8 Jahren nach 12 und 16 Tagen. Ein Kranker mit supramalleolärer Fractur ging nach 20 Tagen ohne Krücken, ein anderer nach 29 Tagen. 4 Fälle von Schrägbrüchen der Tibia oder beider Unterschenkelknochen heilten in 4, 7, 6 und 2½ Wochen. Bei verzögerter Callusbildung in 2 Fällen von Oberarmfractur wurde in 6 und 2½ Wochen durch Massage solide Verwachsung erzielt. — Ein Kranker mit multipler complicirter Fractur des Unterkiefers konnte nach 37 Tagen kauen. Hier erwies sich ein zwischen die Zahnreihen geklemmter Korken als sehr practisch, um die Fragmente in richtiger Lage zu erhalten. Bei einer complicirten supramalleolären Fractur brachte die im Beginn der 5. Woche angefangene Massage die schlecht granulirende Wunde schnell zur Heilung und es wurde ein bewegliches Gelenk erzielt. — S. hat in den 4 anhangsweise mitgetheilten Fällen anscheinend durch Darreichung von Phosphor (Ferri pyrophosphorici gr. ij, Calcariae phosphoricae gr. v, 3 mal täglich 1 Pulver) eine weitere Beschleunigung der Fracturheilung erzielt.

S. S. Golowin: «Zur operativen Behandlung der Ptosis congenita».

Nach kurzer Beschreibung der verschiedenen zur Beseitigung der angeborenen Ptosis ersonnenen Operationsverfahren wird ein von Prof. Maklakow nach der Methode von Panas operirter Fall mit einer ungewöhnlichen Complication beschrieben. Die Methode besteht darin, dass ein aus den Lidweichtheilen gebildeter ⊓ förmiger Lappen mit unterer Basis unter einem in der Augenbrauengegend durch Horizontalschnitte umschriebenen brückenförmigen Lappen hindurchgeführt und an den oberen Rand des oberen Horizontalschnitts angenäht wird; dadurch übernimmt der musc. frontalis die Hebung des Augenlides. In dem von Maklakow operirten Fall kam es nicht zur Verklebung zwischen der vorderen, mit Epidermis bekleideten, Fläche des ⊓ förmigen und der hintern wunden Fläche des brückenförmigen Lappens, wie es von Panas offenbar intendirt war, sondern es blieb hier eine Fistel bestehen, aus der sich atheromähnlicher Brei entleerte. Um das in Zukunft zu vermeiden schlägt Golowin vor, die Epidermis des Lidlappens mit dem Rasirmesser abzutragen und weist einige ihm in der Moskauer chirurgischen Gesellschaft dagegen gemachte Einwürfe zurück.

M. P. Jakowlew: «Exstirpation der Milz wegen einer bluthaltigen cystischen Geschwulst».

Die Geschwulst bot alle klinischen Merkmale einer Ovarialcyste. Bei der Operation erwies es sich, dass die vergrösserte und an ihrer vordern äussern Fläche in eine multiloculäre cystische Geschwulst verwandelte Milz durch ihr Hinabsteigen in das Becken eine Eierstockgeschwulst vorgetäuscht hatte. Vollständige Exstirpation, glatte Heilung. Die anatomische Untersuchung (Dr. Wicklein) ergab ein hämorrhagisches subseröses Cystom, vielleicht aus varicösen Venen entstanden. — J. zählt seinen Fall als 95-ten von Splenectomie. Zum Schluss folgen einige statistische Daten der Operation.

Von 29	Milzexstirpat.	wegen Leukämie	starb. 26,	genas.	3
» 42	»	» Malariakachex.	» 30,	»	12
» 4	»	» maligner Geschw.	» 1,	»	3
» 12	»	» Wandermilz	» 0,	»	12
§ 8	»	» cystisch. Geschw.	» 1,	»	7

In Russland ist der beschriebene Fall von Milzexstirpation der fünfte überhaupt, und der erste nach der Operation Genesene.

P. Tichow: «Ein Fall von complicirter Anomalie des prolabirten Ductus omphalo-mesentericus.

Der Fall betrifft ein 11 Monate altes Kind, das von Prof. Rasumowski in Kasan durch die Operation geheilt wurde. Die Nabelgeschwulst bestand aus 2 Theilen; der grössere Antheil mit blind endigendem Centralkanal bot alle histologischen Merkmale des Dünndarms, war also der nicht obliterirte Ductus omphalo-mesentericus. Seiner Basis sass noch eine kleine rundliche Geschwulst an, deren Oberfläche mit zahlreichen langen tubulären Drüsen bedeckt war, deren centraler Theil aus Bindegewebe und unregelmässig vertheilten Muskelfasern bestand. T. deutet diese kleine Geschwulst als Schleimhaut eines neben dem Ductus o.—m. abgeschnürten Darmstücks. Es folgt eine kurze Beschreibung ähnlicher in der Literatur veröffentlichter Nabelgeschwülste

D. Kischenski: «Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss des Bauchschnitts auf die Bauchfelltuberculose bei Thieren». (Kurze vorläufige Mittheilung)

Die vorläufigen Resultate, zu denen K. bei Meerschweinchen und Kaninchen (Impftuberculose des Bauchfells, Laporotomie, mikroskopische Untersuchung nach verschieden langer Zeit) gekommen ist, sind, dass unter dem Einfluss der Operation eine lebhafte Phagocythose auftritt (die Mehrzahl der Tuberkelbacillen liegt innerhalb von Epitheloiden, mit bläschenförmigen Kernen versehenen Zellen, bei nicht operirten Controllthieren ausserhalb der Zellen), dass die Tuberkel durch Bindegewebe substituirt werden und die Tuberkelbacillen allmählich schwinden.

Auf die kleinen casuistischen Mittheilungen gehen wir nicht näher ein.

Wanach.

Ssanitarnoe delo. № 1—26.

S. A. Lebedinski: «Zur Frage von der Organisation der ersten medicinischen Hilfe auf den Eisenbahnen». (№ 1 bis 3).

Nach Aufdeckung der bestehenden Missstände, giebt Verf. seine Rathschläge für eine zweckentsprechende Organisation des Eisenbahnsanitätswesens. Im Wesentlichen verlangt er Folgendes. Jeder Passagirzug soll einen Feldscher (Heilgehilfen) mit sich führen, der mit allem Nothwendigen ausgestattet ist. Auf allen Stationen und Halbstationen sollen die bei Unglücksfällen erforderlichen medicinischen Materialien vorhanden sein. Zudem sollen die Instructionen für die Stationschefs dahin erweitert werden, dass sie auch bestimmte Vorschriften für die Organisation der medicinischen Hilfeleistung erhalten. Endlich sollen auf den grösseren Stationen Specialwagons bereit stehen, um sofort nach Empfang einer Unfallsnachricht abgefertigt werden zu können.

Beachtenswerth ist auch, was Verf. über die Art und Weise der ersten Hilfeleistung sagt. Er will am Ort des Unfalls nur die allernothwendigsten, direct lebensrettenden Operationen vorgenommen wissen — alles Uebrige soll dann, womöglich in speciellen Eisenbahnhospitälern ausgeführt werden.

W. W. Swjatlowski: «Die Production der künstlichen Mineralwässer in sanitärer Beziehung». (№ 1—4).

Genaue Darstellung des Productionsbetriebes in primitivster und in modernster Form. Nach Ansicht des Verf. drohen bei rationellem Betriebe weder den Arbeitern noch den Consumenten besondere Gefahren. Aber im Süden und Osten Russlands ist der überwiegend grösste Theil der Production in Händen von Leuten ohne irgend welche specielle Vorbildung. In folge dessen sind die Producte durch ihre Beimengungen gesundheitswidrig und die Darstellung bedroht die Arbeiter mit traumatischen Verletzungen und allen Folgen welche der dauernde Aufenthalt in dumpfen feuchten Localen nach sich zieht.

M. Haller: «Zum Aufsatz «Die Production der künstlichen Mineralwässer u. s. w.». (№ 20—21).

Verf. macht darauf aufmerksam, dass seit 1891 auch in Russland flüssige Kohlensäure producirt wird, und befürwortet deren Verwendung nicht nur bei den künstlichen Mineralwässern, sondern auch beim Bierausschank.

D. P. Nikolski: «Zur Frage von der Pockenimpfung und Revaccination der Elementarschüler». (№ 2—12).

Gelegentlich der Epidemie von 1890 ausgeführte Impfungen. Bezüglich des sorgfältig bearbeiteten Zahlenmaterials muss auf das Original verwiesen werden.

Idem: «Zur Frage von den Unfällen der Arbeiter bei der Bergindustrie im Gouvernement Perm». (№ 5—6).

Statistisches Material.

W. W. Swjatlowski: «Die Naphtha-Industrie in sanitärer Beziehung». (№ 7—18).

Vergleich der Erfahrungen ausländischer Aerzte mit den in Russland gemachten Beobachtungen. Hauptgefahren: Explosionen und Verbrennungen mit Säuren und Aetzalkalien. Gewerbeerkrankungen: schnell vorübergehende Dermatitiden.

A. W. Pogoshew: «Verunreinigung der Umgebung Moskaus». (№ 9—10).

Moskau's Kanalisation ist noch im Bau begriffen. Inzwischen geschieht die Abfuhr nach wie vor nach gewissen Abladestellen hin, welche zum Theil so gelegen sind, dass die von ihnen abfliessenden Jauchwässer in den die Stadt durchziehenden Moskwa-Fluss eintreten.

S. N. Jakowlew: «Ueber die unmässige Vermehrung der venerischen Erkrankungen in der Stadt Simbirsk». (№ 13 und 14).

Als allgemeininteressant ist hervorzuheben, dass Verf. zu Zeiten ein gruppenweises Erkranken innerhalb gewisser Berufs- oder Beschäftigungsklassen beobachtet hat, ferner häufige Infection von Kindern durch das Dienstpersonal.

D. J. Orlow: «Zur Frage von der Aufbesserung der Verpflegung unter der armen Bevölkerung in den von Cholera heimgesuchten Gegenden des Moskauer Gouvernements». (№ 15—19).

Bei Besprechung des genannten Themas bringt Verf. werthvolle Angaben über die bisher mit öffentlichen Speise- und Thee-Häusern gemachten, durchweg günstigen Erfahrungen.

N. W. Makarow: «Zu Gunsten der Pockenimpfung». (№ 15 und 16).

Verf. hat seine Beobachtungen an Rekruten aus 3 verschiedenen Kreisen verschiedener Gouvernements während dreier Jahre gemacht.

Auszug aus den Tabellen:

	Untersuchte.	Ungeimpfte mit Spuren natürlicher Pocken.	Ungeimpfte ohne Narben.	Ungeimpfte zusammen.	Geimpfte.
aus Kreis N.	846	313 (37 %)	210 (24,7 %)	523 (61,7 %)	323 (38,3 %)
aus Kreis L.	472	127 (27 %)	73 (15,6 %)	200 (42,6 %)	272 (57,4 %)
aus Kreis P.	517	29 (5,7 %)	29 (5,7 %)	58 (11,3 %)	459 (88,7 %)

Die Zahlen sprechen für sich selbst.

J. P. Skworzow: «Ueber die Führung des Kampfes gegen Choleraepidemieen». (№ 20—21).

Verf. (offenbar reiner Localist) betrachtet als die beiden Hauptaufgaben: Assanierung des Ortes und, wo diese noch nicht genügend durchgeführt ist, ausserdem noch Quarantainemaassnahmen.

D. E. Gorochow: «Ueber den Transport von Cholera-Kranken». (№ 22—23).

Administrative Maassnahmen im Moskauer Kreise.

K. G. Steinberg: «Die Feldkessel des Militairtrains als Sterilisations und Desinfectionskammern». (№ 24).

Der grössere Kessel wird mit Wasser gefüllt und dient als Dampfquelle; auf seinem Deckel steht der kleinere Kessel, welcher zur Aufnahme des zu sterilisirenden Materials bestimmt ist. Die Deckel der beiden Kessel schliessen hermetisch und sind in entsprechender Weise durch ein abnehmbares Röhrensystem unter einander verbunden. Für Vorwärmung und nachträgliche Trocknung ist gesorgt.

Makarow: «Soldatenbadstuben». (№ 26).

Unter Hinweis auf die Nachtheile. welche daraus erwachsen. dass die Soldaten in privaten Badestuben baden und dort ihre Wäsche waschen, stellt Verf. die Anlage von speciellen Soldatenbadstuben verbunden mit Waschküche als dringendes sanitäres Bedürfniss hin.

Pantjuchin: «Herbivorenthum im Transkaukasischen Gebiet». (№ 26).

Die Eingeborenen nähren sich (nicht nur in den Hungerjahren) oft monatelang nur von rohen Kräutern, Gräsern, Knospen und dergl. mit einziger Zugabe von gesalzenem Käse und Wein (die Christen). Aber auch sonst ist ihre Nahrung vorherrschend vegetabilischer Natur.

Wladimirow.

Bolnitschnaja gaseta Botkina № 30—44.

N. Tschernajew: «Zur Klinik des Abdominaltyphus». Nr. 30—38.

Verf. hat ein sehr lehrreiches statistisches Material, das aus dem Botkin'schen Barackenhospital entstammt, in verschiedener Richtung verwerthet. Im Ganzen waren unter seiner Beobachtung 890 Fälle: dieselben theilt T. in 3 Gruppen: leichte Fälle (331), normale (389), schwere (170).

Bezüglich der leichten Fälle fand Verf., dass bei 50,7 pCt. derselben die Krankheit plötzlich einsetzte, nur bei 34,7 pCt. war das Initialstadium ein schleichendes.

Bei den plötzlich Erkrankten waren in 64 pCt. der Fälle ein oder mehrmalige Schüttelfröste, dagegen liessen sich bei den allmählich Erkrankten nur in 29,5 pCt. Schüttelfröste anamnestisch feststellen. Erscheinungen von Seiten des Magen-Darmtractus waren bei den Fällen mit protrahirtem Initialstadium seltener, als bei den mit plötzlich einsetzender Krankheit. Meistens zeigten die Fiebercurven kleine Wellen. Bezüglich der schweren, lethalen Fälle (48) fand T. folgende Complicationen: Petecchien wurden sehr häufig constatirt; Icterus in 27 pCt. der Fälle, Albuminurie und Nephritis in 80,8 pCt., Catarrhalische Pneumonie in 50 pCt. (im Durchschnitte am 14. Tage der Erkrankung auftretend). Euterorrhagie — 18,7 pCt., Perforativperitonitis 10,4 pCt. Näheres ist im Original nachzulesen.

Warschawski: «Ueber locale Anaesthesie der psychisch-Gestörten». Nr. 31.

Casuistische Mittheilung einiger Fälle von Manie und Melancholie, bei denen Verf. ausgebreitete Anaesthesien beobachtet hat.

A. Taljanzew: «Ueber die Bedeutung des Experimentes in der Pathologie». Nr. 32—36.

Antrittsrede, gehalten an der Moskauer Universität.

A. Ekkert: «Ein Fall von Bandwurm-Anaemie». Nr. 35.

Der Fall ist ganz analog den vom Prof. Dehio in Dorpat beobachteten (vorgetragen zum Leipziger Congress für innere Medicin 1892).

Eine 35 jährige Frau zeigte Symptome schwerer, perniciöser Anaemie. Nach Eingabe von Filixextract gingen nur spärliche Proglottiden ab. Der Fall endete lethal.

Bei der Section fand sich Herzverfettung und fettige Degeneration der Niere, der Leber, Sclerose der Aorta, Atrophie der Schleimhaut des Magens und des Darms. Interessant ist — was eben Prof. Dehio auch constatirte — dass kein Bandwurm aufzufinden war, dagegen wurden bei der mikroskopischen Untersuchung des Darminhalts viele Botriocephaluseier gefunden. Der Fall bestätigt somit die Hypothese (Dehio. Schapiro, Wiltschur) «dass die perniciöse Anaemie durch eine Inotoxication mit einem Gift, bedingt sein kann, das aus dem Bandwurm, bei dessen Erkrankung oder Absterben sich bildet.

S. Tzipkin: «Zur Frage über die verschiedenen Formen der Lebercirrhose». Nr. 36—39.

Verf. versucht ein anderes Eintheilungsprincip bei den verschiedenen Formen der Lebercirrhose durchzuführen. Die von den französischen Autoren eingeführte Classification in hypertrophische Cirrose mit Icterus (Hanot) und in Laennec'sche Cirrhose ist äusserst mangelhaft. T z. nimmt 3 Kategorieen an: zur ersten gehört die biliäre Cirrhose; ihre Symptome sind: vergrösserte Leber mit glatter Oberfläche, Icterus, keine Milzvergrösserung. Mikroskopisch — Bindegewebsentwicklung in der Umgebung der Gallengänge. Die zweite Categorie wird durch die portale Cirrhose repräsentirt. Hier sind 2 Stadien zu unterscheiden: das erste characterisirt sich durch geringe Vergrösserung der Leber, Fehlen von Gelbsucht. Fehlen von Milzschwellung, bei dem zweiten wird eine Atrophie der Leber, eine Verkleinerung derselben bemerkbar. Die Oberfläche der Leber bleibt in beiden Stadien glatt. Mikroskopisch findet man eine Bindegewebsentwicklung im Verlaufe der intralobulären Zweige der V. portarum.

Ascites und Stauungsmilz findet man häufiger im zweiten Stadium, und zwar bedingt einerseits durch den Schrumpfungsprocess, andrerseits durch die schwache Herzthätigkeit.

Beide Categorien umfassen die Fälle von localen Erkrankungen, die durch rein locale Ursache bedingt werden; bei der biliären Cirrhose sitzt die Krankheitsursache in den Gallengängen; bei der portalen Cirrhose in den Verzweigungen der V. portarum — und zwar sind es hier Gifte, die in den Darmkanal eingeführt werden. Es ist leicht verständlich, warum bei beiden Categorien die Milz keinen Antheil an den pathologischen Processen nimmt. Zur dritten Kategorie gehört die diffuse interstitielle Hepatitis, die durch eine Allgemeininfection des ganzen Organismus bedingt wird. Hier sind 3 Stadien zu unterscheiden die der hypertrophischen Cirrhose nach Hannot und der Laennec'schen Cirrhose entsprechen. Die Milz participirt immer an dieser Erkrankung.

A. Alexejewski: «Die Choleraepidemieen im Podol'schen Gouvernement. Nr. 37—42.

Verf. giebt einen historischen Ueberblick über die im Gouvernement seit 1830 beobachteten Epidemieen. An der Hand eines grossen statistischen Materials führt Verf. folgende Schlussfolgerungen an: Alle Choleraepidemieen mit Ausnahme der von 1853 dauerten 2 Jahre lang, wobei sie im Sommer oder Herbst einsetzten, um im Januar oder Februar zu verschwinden. In denjenigen Orten, wo die Cholera später auftrat, wüthete sie auch am längsten. In allen Pandemieen gehörte das Podol'sche Gouvernement zu den am meisten betroffenen. Immer breitete sich die Epidemie längs den Flüssen aus, in den Niederungen, hoch gelegene Orte blieben meistens verschont. Der Entwicklung der Epidemie ging anhaltendes warmes, regenloses Wetter mit bedeutendem Abfallen des Wasserstandes in den Flüssen und Brunnen voraus. Wasser und Luft waren die Medien, vermittels derer die Epidemie sich ausbreitete. Als praedisponirende Momente waren: enge, feuchte Wohnungen, Mangel an Nahrung, Diätfehler und Alcoholismus. Unmittelbare Ansteckung, wurde nicht beobachtet.

Die Pettenkofer'sche Theorie hat vieles für sich, insofern als überhaupt Schwankungen des Grundwasserstandes die Entwicklung der Epidemie begünstigen. Die Wirkung des Choleragiftes macht sich zunächst auf das centrale Nervensystem geltend, von hier aus verbreitet sich die Wirkung auf den Magen, den Darm und das Herz. Die Behandlung der Cholera hat keine Fortschritte gemacht. Einige Mittel, die schon in früheren Epidemieen angewandt wurden, wie die intravenöse Infusion, Einwicklung in mit Salzwasser befeuchtete Lacken, sind auch jetzt zu berücksichtigen. In vielen Fällen waren das Erbrechen und die Diarrhoe sehr gering, was jedoch den lethalen Ausgang nicht beeinflusste. Frühzeitige ärztliche Hülfe war von günstigem Einflusse auf den Verlauf der Krankheit. Die erwünschte Desinfection ist fast unausführbar, erreicht somit nicht den Zweck.

M. Falk: «Kiemen-Rudimente bei einem Erwachsenen», Nr. 38.

Der Fall ist insofern interessant, als bei einer und derselben Person Rudimente der Kiemengänge, Kiemencyste und Embryonalknorpel gleichzeitig bestanden, dabei combinirte sich diese Anomalie mit einer Psychose, mit dem Typus der Degeneration. Rechts, am inneren Rande des Sternocleidomastoideus, 4 Cm. oberhalb des Sternoclaviculargelenks fand sich eine schlitzförmige Oeffnung, 3 Mm. lang; die Haut und das Unterhautzellgewebe in der Umgebung dieser Apertur waren ganz normal. Die Oeffnung führt in einen 2,5 Mm. langen Canal, der unter der Haut nach unten, innen verläuft und blind endigt. Bei der Sondirung des Canals werden keine Reflexerscheinungen hervorgerufen. Von unten und aussen ist die beschriebene Oeffnung umgrenzt von einer unregelmässigen Erhebung, in deren Innerem ein knorpelartiger Körper durchfühlbar ist. Dieser Knorpel ist leicht beweglich, stösst mit seinem Ende an den inneren Rand des Sternocleido-mastoideus an.

Links, in der Höhe des oberen Randes der Cartilago thyreoidea über dem inneren Abschnitt des Kopfnickers findet sich eine kleine Cyste von 8 Mm. im Durchmesser, am Grunde der Geschwulst gelingt es leicht ein knorpelartiges Gebilde abzutasten, von conusförmiger Gestalt; dieser Knorpel liegt am inneren Rande des Sterno-cleido-mastoideus (Näheres im Original). Es fanden sich somit: eine äussere Kiemenfistel rechterseits in der Gegend des 4ten Kiemenganges, eine Kiemencyste in der Gegend des 3ten linken Kiemenganges, beiderseits ein Embryonalknorpel, dabei angeborener Schwachsinn.

D. Ssokolow: «Zur Frage über die Anwendung hoher Klysmen bei Kindern». № 39—43.

Verf. hat Versuche, meistentheils an Leichen, angestellt, um die Frage zu entscheiden, wie hoch der Schlauch in den Darm eingeführt werden kann, gleichzeitig stellte er anatomische Studien über die Lage des Rectum, des S. romanum und des übrigen Dickdarmes zu verschiedenen Lebensperioden (das Kindesalter betreffend) an. Wir können hier nicht ausführlich die verschiedenen Schlussfolgerungen anführen (dieselben werden im Jahrbuche für Kinderheilkunde publicirt werden), wollen jedoch hervorheben, dass die Untersuchungen Ssokolow's ergeben haben, dass in 50 pCt. aller Fälle die in den Darm eingeführte Flüssigkeit in den Dünndarm gelangt. Die Klysmenbehandlung soll nach S. nicht nur bei Erkrankungen des Dickdarms, sondern auch bei Dünndarmaffectionen ausgiebige Anwendung finden.

M. Jakowlew: «2 Fälle von Porro-Operation bei Uterusruptur während der Geburt». № 40—41.

In beiden Fällen bestand ein enges Becken und Querlage der Frucht. Ruptur des Uterus während der Geburt. Operation nach Porro. Exitus lethalis, in einem Falle an septischer Peritonitis, im 2ten Falle an Verblutung.

Anton Sstawski: «Frühzeitige syphilitische Affection der Augen und des Rückenmarks». № 41.

Der Fall ist insofern von Interesse, als die betreffenden Affectionen sich frühzeitig, weniger als ein Jahr nach der syphilitischen Infection (ulcus induratum praeputii) entwickelten. Sie äusserten sich in der bekannten Form der Iritis syphilitica und in Symptomen der Tabes dorsualis. Glänzender Effect durch Jodkalium.

M. Blumenau: «Zur Casuistik der Psychosen nach acuten Infectionskrankheiten». № 42—43.

1. Bei einem Soldaten entwickelte sich im Verlauf eines acuten polyarticulaeren Gelenkrheumatismus diejenige Form der Melancholie, die unter dem Namen «Melancholia attonita s. cum stupore» bekannt ist. Welchen Ausgang diese Psychose genommen hat, konnte B. nicht erfahren, da der Patient aus dem Dienste entlassen wurde. Verf. giebt in seiner Abhandlung eine Uebersicht über die in der Literatur bekannten Fälle von sog. rheumatischer Psychose.

2. Bei einem anderen Soldaten beobachtete B. die Entwickelung einer Psychose während des Bestehens einer croupösen Pneumonie (und zwar ein Tag nach erfolgter Krisis). Die Psychose bestand in acutem hallucinatorischem Irresein, das 3 Wochen lang anhielt. Nach völliger Genesung konnte der Soldat sich seines aufgeregten Zustandes nicht erinnern.

J. Ribalkin: «2 Fälle von Dysbasie». № 43.

Bekanntlich hat Block unter diesem Namen eine Reihe von functionellen Geh-Störungen zusammengefasst und dieselben in mehrere Unterabtheilungen (motorische, sensorische, psychische und trophische) gegliedert.

Ein 15-jähriger Schuhmacher wurde in's Hospital eines Magen-Darmcatarrhs wegen aufgenommen. Nachdem dieser gehoben worden war, traten bei dem Patienten folgende Störungen auf: Er kann nicht gerade und ruhig stehen; in der rechten unteren Extremität sind ständig Zuckungen in den verschiedenen Muskelgruppen zu beobachten. Beim Gehen schwankt er nach rechts, hält sich mit grosser Mühe auf den Füssen. Diese Störungen nehmen zu, sobald Patient aufgefordert wird die Augen zu schliessen. Die active und passive Bewegung in den unteren Extremitäten ist nicht gestört. Bei Bewegungen des rechten Knies und des rechten Fusses treten ataktische Störungen ein. Die oberen Extremitäten — ganz normal. Die Sensibilität (und zwar in allen Formen) ist an der Stirn, auf dem Rücken, und der rechten Extremität erloschen, ausserdem findet sich entsprechend den anaesthetischen Partien am rechten Knie und Fuss ein Schwinden des Muskelsinnes. Anaesthesie der Nasenschleimhaut und der Zunge — linkerseits. Patellarreflexe verstärkt. Schwacher Fussclonus. Die electrische Erregbarkeit der Nerven und des Muskelsystems normal. Keine Veränderungen von Seiten des Gehirns und der Psyche. — Der ganze Symptomencomplex wird vom Verf. zur functionellen anaesthetischen Dysbasie gerechnet.

Der zweite Fall gehört in die Gruppe der psychischen Dysbasie oder der sog. Astasie-abasie. Die 34-jährige Lehrerin fing während des Stehens und Gehens hin und herzuhocken an (Bewegungen, die dem Knicksmachen ähnlich sind). Diese Störung wurde bald so ausgesprochen, dass die Patientin kaum ein paar Schritte, ohne mit dem Kniegelenk einzuknicken, machen konnte. Später gesellte sich hinzu ein Hinüberfallen auf die Seite oder auf den Rücken. Ausserdem bestanden: rechtsseitige Anaesthesie, Anaesthesie der Conjunctival- und Mundschleimhaut, Hyperaesthesie der Wirbelsäule, Ovarie. Patellarreflexe normal.

Abelmann.

Дозв. ценз. Спб. 11 Декабря 1893 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.